

du 22 janvier 2002

dans la cause

Madame A. A.

représentée par Me Jean-Paul El Zayadi, avocat

contre

LA C.

EN FAIT

1. Madame A. A., née en 1949, domiciliée à Genève, est employée depuis le 1er avril 1992 par l'entreprise N. à Genève en qualité de nettoyeuse à temps partiel.

A ce titre, elle est assurée contre la perte de gain dans le cadre d'un contrat d'assurance collective LAMal passé entre son employeur et La C., de siège à Lausanne, actuellement membre du G. (ci-après : la caisse).

2. Le 15 mai 1997, l'employeur de Mme A. a annoncé à la caisse que cette dernière était en incapacité de travail à 100 % dès le 14 mai 1997.

3. A la demande de la caisse, la Dresse A., médecin traitant de Mme A., a établi le 15 septembre 1997 un rapport à l'intention du Dr C., médecin-conseil de la caisse.

Elle suivait Mme A. depuis le 18 décembre 1996. Les diagnostics posés étaient ceux de :

1. Dorso-lombalgies aiguës sur d'importants troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorso-lombaire, sur discopathie L5-S1 et sur ostéopénie
2. Lombo-sciatalgies aiguës gauches à répétition sur probable hernie discale L5-S1
3. Coxarthrose gauche
4. Epigastralgies aiguës sur gastrite aiguë, hernie hiatale associée à un reflux gastro-oesophagien et sur maladie ulcéreuse du bulbe
5. Adénome vésiculaire
6. Adénome sigmoïdien tubulo-papillaire et pathologie hémorroïdaire interne
7. Etat anxio-dépressif aigu
8. HTA
9. Céphalées chroniques sur HTA et sur sinusite maxillaire
10. Hypercholestérolémie.

Mme A. devait subir prochainement une cholécystectomie pour adénome vésiculaire. Elle était en arrêt de travail à 100 % dès le 14 mai 1997 et s'il n'y avait pas de péjoration de son état de santé, en postopératoire, ni

aggravation des douleurs au niveau du rachis DL, une reprise du travail sera ordonnée dans les prochains jours.

4. Le 29 octobre 1997, la caisse a soumis le dossier au Dr Bernard P., médecin interne FMH à Genève. Après avoir reçu Mme A. à sa consultation le 18 novembre 1997, le Dr P. a établi un rapport le 24 novembre 1997. Il a retenu le diagnostic de :

- gastrite à Helicobacter Pylori avec bulbite érosive (diagnostiquée et traitée en mars 1997)
- status après une cholécystectomie (le 04.08.97) pour lithiase vésiculaire
- hypertension, traitée par Concor Plus
- hypercholestérolémie, traitée par Hyperlipen
- syndrome polyalgique touchant principalement le rachis mais également les articulations périphériques. Une IRM pratiquée le 25 septembre 1997 n'a pas montré de lésion organique significative.

Pour le Dr P., la poursuite du traitement médical était absolument indispensable. Une prise en charge psychiatrique pourrait être discutée mais la patiente ne semblait pas être prête à reconnaître la composante psychologique de ses troubles. S'agissant de la capacité de travail, il semblait utile au Dr P. de tenter un coup de force en exigeant de la patiente une reprise de travail à 50 % au 8 décembre 1997 et à 100 % au 5 janvier 1998, tout en étant conscient que cela pourrait être un échec. Toute poursuite de l'incapacité de travail risquait de chroniciser encore plus les troubles et de rendre toute tentative ultérieure encore plus difficile.

5. Sur la base du rapport précité, la caisse a informé Mme A. qu'elle l'estimait apte à reprendre le travail à 50 % dès le 15 décembre 1997 au plus tard, une reprise de travail totale pourrait avoir lieu dès le 5 janvier 1998. L'indemnité journalière sera servie à l'employeur en tenant compte de ce qui précède.

6. Mme A. a immédiatement contesté la prise de position de la caisse par courrier du 14 décembre 1997.

7. Le 7 janvier 1998, la Dresse A. a établi un rapport à l'intention du Dr P.. Elle a repris les diagnostics précédemment posés. Mme A. était actuellement en arrêt de travail à 100 % et tant sur le plan physique

que psychique, elle se trouvait dans l'impossibilité de reprendre le travail en tant que nettoyeuse.

8. Par courrier du 9 février 1998, le Dr P. s'est adressé au Dr Dominique D., médecin-conseil de la caisse. La lettre de la Dresse A. du 7 janvier 1998 n'apportait pas d'éléments nouveaux. Le Dr P. ne savait pas si la caisse avait exigé une reprise du travail comme proposé dans son rapport du 24 novembre 1997 et si une tentative de reprise avait été faite. Si tel n'avait pas été le cas et au vu de l'attitude du médecin traitant et des plaintes persistantes de la patiente, une reprise du travail lui paraissait actuellement exclue. Il craignait que l'arrêt de travail ne se prolonge et que Mme A. ne se retrouve d'ici quelque temps à l'AI.
9. Par courrier du 26 février 1998, la caisse a confirmé à Mme A. sa prise de position antérieure, dès lors que le rapport de la Dresse A. n'apportait aucun élément nouveau.
10. De la correspondance qui s'en est suivie entre le mandataire de Mme A. et la caisse, il résulte que chaque partie a campé sur ses positions.
11. Le 30 août 1998, la Dresse A. a établi un nouveau rapport médical. Les diagnostics posés étaient ceux de :
 1. Cervico-dorso-lombalgies chroniques sur d'importants troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur discopathies L5-S1 et protrusions discales étagées au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1
 2. Lombo-sciatalgies aiguës gauches à répétition
 3. Lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire
 4. Fibromyalgie
 5. Coxarthrose gauche
 6. Céphalées chroniques sur HTA et sinusite maxillaire
 7. Etat anxio-dépressif chronique
 8. Epigastralgies sur gastrite aiguë associée à un reflux gastro-oesophagien
 9. Status post-cholécystectomie.

Le médecin relevait que malgré les divers traitements médicamenteux, de physiothérapie ainsi que les séances de psychothérapie de soutien administrés à Mme A., il y avait peu d'améliorations sur le plan

clinique. Cette dernière souffrait aussi d'un état anxio-dépressif chronique avec cependant des améliorations transitoires. L'arrêt de travail se poursuivait depuis le 14 mai 1997 et à l'heure actuelle l'état de santé de Mme A. ne lui permettait pas d'assumer un travail quel qu'il soit.

12. Le 25 septembre 1998, la caisse a transmis au Dr P. le rapport du 30 août 1998 de la Dresse A.. Au vu du tableau sombre et habituel dépeint par le médecin traitant, le Dr P. pensait-il utile de revoir Mme A. et de mettre sur pied un examen psychiatrique ? Pensait-il souhaitable de maintenir la capacité de travail totale dans la profession de nettoyeuse ?

13. Le 28 septembre 1998, la caisse a informé le groupe Sereg S.A. auquel appartenait N. S.A. de la résiliation du contrat avec cette dernière pour le 31 décembre 1998. Conformément à l'article 71 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), les assurés membres des collectives avaient le droit de passer dans l'assurance individuelle pour une indemnité journalière au moins équivalente à celle assurée précédemment. Pour faire valoir ce droit, la caisse laissait le soin à Sereg S.A. d'avertir directement les assurés qu'ils devaient formuler leur demande par écrit, au siège de la caisse, dans les trois mois qui suivaient la résiliation des contrats.

14. Le 15 décembre 1998, d'entente entre les parties, la caisse a soumis le cas au Dr Michel P., médecine générale à Genève.

Après avoir rencontré Mme A. à deux reprises, et pris connaissance du dossier médical, le Dr P. a rendu son rapport. Il a retenu les diagnostics de :

- Fibromyalgie débutante très probable
- Lombo-sciatalgies gauches et rachialgies (possiblement en appartenance au syndr.fibromyalgique)
- Scoliose dorso-lombaire, discopathie L5-S1, canal lombaire relativement étroit
- Coxarthrose gauche débutante
- Reflux gastro-oesophagien marqué, avec hernie hiatale
- Etat dysthymique réactionnel
- Hypertension artérielle
- Hypermétropie, atteinte bilatérale discrète du champ visuel artériopathie au FO
- Status après résection d'un polype sigmoïdien en avril

- 97 (DAP: adénome tubulo-papillaire avec dysplasie modérée) et ligature d'un paquet hémorroïdaire interne
- Status après cholécystectomie en août 1997
 - Hyperlipidémie.

Un suivi médical régulier était indispensable et les investigations et traitements prodigués par le médecin traitant étaient tout à fait adéquats. Une prise en charge psychiatrique ne lui paraissait pas utile. S'agissant de la capacité de travail, la capacité dans la profession de nettoyeuse ou secteur équivalent était de 0 %. Cette incapacité totale, en cours depuis le 14 mai 1996 (sic), était totalement justifiée. Une reprise de travail dans une autre profession n'était pas envisageable non plus, la capacité de travail était de 0 %. Une réadaptation professionnelle n'était pas possible compte tenu de l'état de santé présenté.

Une expertise chez un spécialiste ne lui paraissait pas nécessaire, Mme A. étant correctement entourée sur le plan médical.

Le Dr B., médecin-conseil de la caisse a noté sur ce rapport : "Je souhaiterais voir ce rapport médical très complet honoré comme il le mérite".

15. Par courrier du 17 février 1999, la caisse a informé Mme A. que le rapport du Dr P. confirmait l'aggravation des troubles et l'autorisait à reconnaître à nouveau une incapacité de travail totale dès l'automne 1998.
16. Par décision formelle du 9 juillet 1999, la caisse a confirmé à Mme A. qu'elle était apte à reprendre le travail à 50 % du 15 décembre 1997 (sic) au 4 janvier 1998, puis en plein du 5 janvier 1998 jusqu'à l'automne 1998. La caisse contestait donc tout droit à une indemnité journalière du 5 janvier au 30 septembre 1998. Elle était en revanche disposée à verser une telle indemnité de 100 % du 1er octobre 1998 au 31 décembre 1998, le contrat collectif ayant été résilié et aucun droit à une éventuelle indemnité journalière n'existant depuis le 1er janvier 1999.
17. La caisse a maintenu sa position dans une décision sur opposition du 21 septembre 1999.
18. Mme A. a saisi le Tribunal administratif,

fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances, par acte du 21 décembre 1999. L'appréciation du Dr P. rejoignait celle de la Dresse A.. Contrairement à la lecture partielle et partiale que la caisse faisait du rapport du Dr P., l'état de Mme A. ne s'était pas aggravé mais était resté stable. La position du Dr P. (sic) (recte P.) devait être modulée dans la mesure où celui-ci indiquait lui-même que la reprise du travail à 50 % en décembre 1997, puis à 100 % dès janvier 1998, constituait un coup de force et pouvait se heurter à un échec. Mme A. a conclu à ce que la caisse soit condamnée à lui verser l'indemnité journalière à 100 % auxquelles elle avait droit dès le 15 décembre 1997. S'agissant de la résiliation du contrat collectif, la LAMal avait institué l'obligation d'indiquer à l'assuré la possibilité de passer à l'assurance individuelle.

19. Dans sa réponse du 29 février 2000, la caisse s'est opposée au recours. L'avis du médecin traitant devait être écarté pour des raisons d'objectivité. Les avis des Drs P. et P. divergeaient quant à eux sur la question de l'incapacité de travail de la recourante. Le Dr P. avait examiné la recourante au mois de novembre 1997, soit avant la période litigieuse et il avait pronostiqué une reprise du travail pour le mois de décembre 1997 afin d'éviter la chronicisation des troubles. Le Dr P. quant à lui n'avait pu que constater, au mois de février 1999, que la chronicisation s'était installée sous forme de fibromyalgie débutante. Il avait dès lors considéré la patiente comme incapable de travailler depuis le 14 mai 1997. Au vu de l'évolution des troubles, la caisse soutenait qu'il n'était pas possible au Dr P. de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail de Mme A.. C'est dès lors à juste titre qu'elle s'était référée d'une part au rapport du Dr P. et d'autre part à l'avis de son médecin-conseil. Mme A. quant à elle n'avait jamais fait la moindre tentative de reprise du travail quand bien même la LAMal faisait obligation aux assurés de diminuer le dommage. Enfin, le droit au libre passage dans l'assurance individuelle avait été rappelé à l'employeur le 28 septembre 1998. De plus, la couverture en perte de gain de l'ensemble du personnel de N. S.A. avait été reprise par un nouvel assureur au 1er janvier 1999. Ce dernier s'était également engagé à reprendre le versement des indemnités journalières en cours.

20. Le Tribunal administratif a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes le 4 mai 2000.

La Dresse A. a confirmé être le médecin traitant de Mme A. depuis décembre 1996. Elle avait régulièrement établi des certificats médicaux d'arrêt de travail qui étaient en possession de la caisse. L'incapacité de travail à 100 % perdurait à ce jour. Elle n'avait pas eu connaissance du rapport du Dr P. et ce dernier n'avait pas pris contact avec elle lorsqu'il avait examiné Mme A.. C'est à la demande de sa patiente qu'elle s'était adressée au Dr P. le 7 janvier 1998 et ce praticien n'avait pas réagi à son courrier. Le Dr P. l'avait appelée après avoir reçu Mme A. à sa consultation et après avoir pris connaissance du dossier radiologique. Il était d'accord avec son point de vue ainsi que le diagnostic posé. La Dresse A. a encore précisé que la cholécystectomie était finalement intervenue en août 1998 et elle ignorait ce qu'il en était advenu sur le plan asséculoologique. Le témoin a encore précisé que l'état de santé de Mme A. était incompatible avec l'exercice de sa profession antérieure. Une demande AI pour recyclage était en cours.

Le Dr P. a également été entendu. La fibromyalgie était un diagnostic très délicat à poser dont les symptômes étaient à analyser sur une certaine durée. Lorsqu'il parlait de "fibromyalgie débutante", il pouvait s'agir d'une affection remontant à plusieurs mois en arrière. Selon les constatations qu'il avait faites lors des deux examens cliniques sur la personne de Mme A., il pouvait affirmer que l'état de santé de cette dernière n'était pas compatible avec une reprise du travail aussi bien antérieurement que postérieurement.

Le Dr P. a confirmé qu'il n'avait pas répondu au courrier de la Dresse A. du 7 janvier 1998 mais il avait en revanche fait part de ses observations au Dr D.. Il n'avait pas reçu Mme A. depuis sa consultation du 18 novembre 1997. Interpellé par la caisse en septembre 1998, il s'était déclaré prêt à revoir Mme A.. Le rendez-vous pris pour le 3 novembre 1998 avait été annulé par le conseil de Mme A.. Il n'avait pas eu de nouvelles depuis lors. Il a confirmé qu'en décembre 1997, il estimait possible que l'essai de reprise du travail intervienne. Selon son expérience, il avait pu constater que dans certains cas la reprise du travail pouvait être bénéfique mais cela n'était pas une règle.

Mme A. présente à l'audience a confirmé que la procédure AI suivait son cours. Son seul médecin traitant

était la Dresse A.. Elle n'avait fait aucune tentative de reprise du travail depuis le 14 mai 1997.

Le Dr B., convoqué pour l'audience, s'est excusé par courrier du 6 avril 2000. Il était prêt à répondre par écrit aux questions que le tribunal aurait à lui poser.

21. Suite à l'audience précitée, l'instruction de la cause a été suspendue jusqu'à droit connu dans la procédure AI.
22. Le 7 septembre 2001, l'OCAI a transmis son dossier au tribunal de céans.

Outre les différents avis médicaux figurant dans le dossier de la procédure devant le tribunal de céans, l'on retiendra une expertise effectuée par le centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Le rapport établi le 12 mars 2001 par la Dresse Lugeon, cheffe de clinique à la polyclinique médicale universitaire de Lausanne et le Dr G., chef de clinique adjoint, est particulièrement détaillé et fouillé. Il fait suite à l'étude du dossier AI, à l'examen clinique et rhumatologique pratiqué sur la patiente le 13 février 2001 ainsi qu'au consilium de psychiatrie du 16 février 2001. Les diagnostics retenus ont été ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de lombalgies chroniques et de douleurs des membres inférieurs chroniques prédominant du côté gauche et d'un syndrome fibromyalgique; personnalité fruste; trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique; hypercholestérolémie; hypertension artérielle. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont retenu que la persistance des douleurs du membre inférieur gauche et lombaires inférieures ainsi que des douleurs éparses du squelette et de la musculature (celles-ci apparues depuis 1992 selon la patiente) mais en constante aggravation, avaient nécessité une interruption du travail à 100 % dès le 14 mai 1997. Globalement, la capacité de travail de Mme A. pouvait être fixée à 50 % dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges supérieures à 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis. L'activité professionnelle de nettoyeuse semblait adaptée. Une reconversion professionnelle ou des mesures de réadaptation se révéleraient parfaitement illusoire compte tenu de la personnalité et du bagage scolaire de la patiente.

Par décision du 3 septembre 2001, l'AI a reconnu à

Mme A. une invalidité de 73,6 % depuis le 1er mai 1998, ramenée à 43,6 % dès le 1er juillet 2001.

23. Les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier AI.

Mme A. a relevé que l'AI avait considéré qu'elle en incapacité de travail pour raison de santé, à compter du 14 mai 1997 jusqu'au 12 mars 2001. L'affaire était donc en état d'être jugée (observations du 29 novembre 2001).

La caisse a relevé que la décision AI fixait le début de l'octroi au 1er mai 1998. A contrario il n'existait aucun droit à une rente pour la période antérieure.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).
2. L'objet du litige est de déterminer la capacité de travail de la recourante entre le 15 décembre 1997 et le 30 septembre 1998.
3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Il importe, pour conférer une valeur probante au rapport médical, que tous les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf.; RJJ 1995 p.

44).

L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; P. OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung, p. 297 ss; W. MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988, p. 332 ss; ATF C. c/ CNA et G. du 7 octobre 1998).

4. L'article 57 LAMal compte parmi les dispositions les plus importantes selon la doctrine et le message du Conseil fédéral relatifs à la nouvelle loi (Feuille fédérale 1992/I p. 172-173; A. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, p. 101). Le médecin-conseil a notamment pour fonction de déterminer si l'un de ses confrères a recours à des méthodes thérapeutiques qui ne sont pas appropriées, s'il pratique des traitements superflus ou travaille de manière peu soigneuse. Il doit avoir exercé dans un cabinet médical ou avoir occupé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins et être agréé par l'association professionnelle des médecins du canton concerné qui peut en appeler au tribunal arbitral si elle désapprouve le choix d'un assureur.

Étant donné la place accordée par la loi aux médecins-conseil, il y a lieu d'admettre que les principes développés par la jurisprudence concernant la valeur probante que le juge peut accorder à l'appréciation émise par le médecin désigné par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ou par les autres assureurs participant à l'application de l'assurance-accidents obligatoire, eu égard notamment au principe de l'unité des assurances sociales, sont applicables en matière d'assurance-maladie (ATF 120 V 357 consid. 1 p. 360-362; 118 V 286 consid. 1b p. 289-290; ATF n.p. V. du 20 août 1996; ATA Z. du 6 octobre 1998 et réf. cit.; A. MAURER, op. cit., p. 165).

Il faut donc retenir que lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins-conseil des assureurs pratiquant l'assurance obligatoire des soins (art. 11 et 57 LAMal), les rapports émis par ces praticiens ont valeur de preuve s'ils ont été établis à un moment où l'assureur concerné n'était pas partie à la procédure

(ATA Z. du 6 octobre 1998; B. du 29 septembre 1998; R. du 1er septembre 1998).

5. L'autorité administrative - ainsi que les institutions privées d'assurance autorisées à pratiquer l'assurance-accidents au sens de la LAA, accomplissant une tâche de droit public fédéral - doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berne 1994, t. 1, p. 438). Ainsi, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; LOCHER, loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

Les expertises administratives ont une valeur probante et ne sont nullement assimilables à des expertises de parties, l'administration n'agissant alors pas en tant que partie, mais en tant qu'organe administratif chargé d'appliquer la loi. Il découle de la validité des expertises administratives, soit de la présomption d'objectivité qui leur est rattachée, que l'avis d'un spécialiste mandaté, que ce soit au cours de la procédure administrative ou judiciaire, doit en principe être préféré à celui du médecin traitant de l'assuré (A. GHELEW, O. RAMELET, J.-B. RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) Lausanne 1992, p. 323). Ces considérations, développées en matière d'assurance-accidents, peuvent être reprises dans le domaine de l'assurance-maladie (décision B. du Tribunal administratif du 1er décembre 1998).

6. Les principes qui suivent sont également valables dans les rapports entre l'indemnité journalière pour cause de maladie et les prestations AI (ATA D.S. du 2 octobre 2001).

a. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a déclaré à maintes reprises que la notion d'invalidité est, en

principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 116 V 246 consid. 1b p. 249 et les arrêts cités). L'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité. L'assureur accident ne peut donc s'écarter sans motif suffisant du degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'évaluation opérée par l'assureur accident (ATF 119 V 468 consid. 3 p. 471; RAMA 1995 p. 108 in fine).

b. Dans un arrêt du 26 juillet 2000, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence concernant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Il a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans ces différentes branches (ATF 126 V 288 consid. 2d p. 293; cf. art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA] du 6 octobre 2000; FF 2000 4657), ainsi que son effet de coordination dans l'évaluation de l'invalidité. En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 468 consid. 2b p. 471) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 174 consid. 2a p. 175). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou manquant d'objectivité. Dans un arrêt du 23 avril 1993, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme

insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur accident, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 119 V 468 consid. 4 pp. 472 ss).

7. En l'espèce, l'incapacité de travail totale de la recourante depuis le 14 mai 1997 est admise par le médecin traitant (Dresse A.), par le médecin tiers mandaté par les parties (Dr P.) ainsi que par l'un des médecins-conseil de la caisse (Dr B.). L'expertise du 12 mars 2001 établi par le COMAI va dans le même sens. Le seul avis divergeant est celui du Dr P., encore qu'il apparaît clairement à la lecture de son rapport du 24 novembre 1997 que la tentative de reprise du travail à 50 % dans un premier temps, puis à 100 %, procédait d'un "coup de force" - qualifié comme tel par le médecin lui-même, au demeurant l'un des médecins-conseil de la caisse - et non pas de considérations médicales fondées sur l'état de santé de la recourante. A cet avis particulier, il faut bien le dire, s'opposent les conclusions précises détaillées et pertinentes du Dr P., confirmées dans leur intégralité par le Dr B.. Si besoin est, cet avis est encore corroboré par le fait que l'AI a reconnu à la recourante un droit aux prestations dès le 1er mai 1998. Par là-même, l'AI a admis, en application de l'article 29 alinéa 1 lettre b de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), que la maladie ouvrant le droit aux prestations perdurait depuis le 1er mai 1997 au moins. A cet égard, la caisse intimée se méprend sur la portée du prononcé AI : s'il est exact que la recourante n'avait pas droit à une rente AI avant le 1er mai 1998, la décision AI établit en revanche l'existence d'une maladie de longue durée ayant débuté le 14 mai 1997. Or, les revendications de la recourante ayant pour objet le versement d'une indemnité journalière portent précisément sur une période postérieure au 14 mai 1997.

Sur le vu des rapports médicaux précités, le Tribunal administratif retiendra donc que la recourante était dans l'incapacité totale de travail depuis le 14 mai 1997 sans interruption.

8. Selon l'article 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité

lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières au sens de l'article 68 de la loi.

Aux termes de l'article 72 LAMal, le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié.

Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (art. 72 al. 3 LAMal).

Les dispositions pertinentes du contrat collectif auquel était soumis la recourante reprenant les termes légaux, il y a lieu de renvoyer le dossier à la caisse intimée pour versement d'indemnités journalières à 100 % dès le 15 décembre 1997 au 30 septembre 1998. Dès cette date, la caisse a admis le principe d'une incapacité de travail totale. Il lui appartient donc d'honorer ses obligations jusqu'au 31 décembre 1998. Au-delà de cette date - et dans la limite légale de 900 jours et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation -, cette obligation sera reprise par la nouvelle caisse qu'il n'y a pas lieu d'appeler en cause dans la présente procédure, dès lors que le droit à l'indemnité journalière pour incapacité de travail à 100 % pour la période ultérieure au 1er octobre 1998 ne fait pas l'objet de contestation et que le nouvel assureur s'est engagé à reprendre le versement des indemnités journalières en cours.

9. Le recours sera admis.

La recourante qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de procédure qui sera arrêtée à CHF 2'000.-, à la charge de la caisse intimée (art. 87g LAMal et 89G de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10)). Le frais de procédure, taxe témoin, à hauteur de CHF 240.- seront laissés à la charge de l'Etat.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 20 décembre 1999 par Madame A. A. contre la décision de La C. du 23 septembre 1999;

au fond :

l'admet;

renvoie la cause à La C. pour le calcul et le versement des indemnités journalières dans le sens des considérants;

la condamne au versement d'une indemnité de procédure d'un montant de CHF 2'000.- à la recourante;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

dit que les frais de procédure en CHF 240.- seront laissés à la charge de l'Etat de Genève;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Jean-Paul El Zayadi, avocat de la recourante, ainsi qu'à La C. et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Thélin, président, M. Paychère, Mmes Bonnefemme-Hurni, Bovy, juges, M. Mascotto, juge suppléant.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste adj. : le président :

M. Tonossi

Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci