RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/135/2004 **ATAS/264/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 31 mars 2005

En la cause

Madame I_____, représentée par FORUM SANTE, dans les locaux duquel elle élit domicile — recourante

contre

LA CAISSE VAUDOISE, sise rue Caroline 11 à Lausanne — intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Depuis le 1er janvier 2001, Madame I_____, née en mars 1967, et ayant travaillé en qualité de femme de chambre à l'Hôtel des Bergues, était assurée selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie auprès de la Caisse Vaudoise, membre du Groupe Mutuel Assurances (ci-après la caisse), dans le cadre d'un contrat collectif lié au contrat de travail, pour une indemnité journalière maladie s'élevant à 80% du salaire, après un délai d'attente de 60 jours pour les années 2001 et 2002 et pour une indemnité journalière maladie s'élevant à 91 fr. 15, après un délai d'attente de 60 jours pour les années 2003 et 2004.

2. Sur demande du Dr A_____, rhumatologue, l'assurée a été traitée à la consultation ambulatoire de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève du 16 au 23 octobre 2001. Les médecins ont diagnostiqué des cervico-brachialgies droites chroniques ; en outre, tous les points de fibromyalgie étaient douloureux à la palpation.

3. L'assurée a présenté une incapacité totale de travail du 12 au 28 novembre 2001, puis de 50% à partir du 29 novembre 2001, en raison de cervico-brachialgies droites chroniques (suite à une entorse du rachis cervico-dorsal due à une chute dans un bus en mai 2000), d'un syndrome vertébro-dorsal sur troubles statiques et défaut de musculation, ainsi que d'une suspicion de fibromyalgie (cf. rapport du Dr B_____, médecin traitant, du 2 janvier 2002).

4. Sur demande de la caisse, l'assurée a été soumise, en date du 10 avril 2002, à une expertise confiée au Dr A_____, spécialiste en maladies rhumatismales. Dans son rapport du 12 mai 2002, ce médecin a diagnostiqué un tableau clinique de fibromyalgie en octobre 2001, des cervico-brachialgies droites sur dysfonction segmentaire en mai 2000, ainsi qu'un état anxio-dépressif probable depuis octobre 2001. Ces troubles limitaient à 50% l'activité exercée. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, notamment par une prise en charge physiothérapeutique active, associée à de petites doses d'antidépresseur, à visée antalgique et par la résolution des conflits professionnels, qui étaient survenus suite à l'incapacité de travail. Il convenait de prolonger l'incapacité de travail de 50% pendant 6 mois, afin de permettre à l'expertisée de suivre une rééducation adéquate. Dans ce contexte, une reprise de travail à 100% pourrait être exigible au 1er novembre 2002, après un traitement physique actif. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée serait (présent employé par l'expert) totale au 1er novembre 2002. Il n'y avait aucune raison médicale permettant d'inférer qu'elle ne soit plus capable d'exercer son activité professionnelle actuelle ou une autre activité.

5. Le rapport d'expertise du Dr A_____ a été soumis au médecin-conseil de l'assurance, le Dr C_____, qui après analyse des pièces du dossier, a

confirmé l'incapacité de travail de 50% jusqu'au 31 octobre 2002 au maximum, puis une reprise à 100% dans une profession adaptée (avis du médecin-conseil du 29 mai 2002).

6. Par décision du 12 juin 2002, la caisse a informé son assurée que son médecin-conseil avait constaté qu'elle ne pouvait plus envisager une activité dans la branche exercée jusqu'alors, mais que dans une activité moins contraignante, sa capacité de travail serait totale. Or, l'assurée inapte au travail dans sa profession, mais en mesure d'accomplir dans un autre métier une activité complète et compatible avec son état de santé, ne pouvait être mise au bénéfice de prestations pour perte de gain que durant une période limitée, lui permettant la recherche d'une occupation adéquate. Dès lors, la caisse lui conseillait de rechercher un travail adapté pendant la période de transition durant laquelle elle allait allouer des indemnités journalières, soit jusqu'au 31 octobre 2002. Enfin, si l'assurée n'avait pas retrouvé d'emploi à cette date, il lui serait possible de s'adresser à l'assurance-chômage.

7. Par courrier du 27 juin 2002, l'assurée a formé opposition à cette décision, précisant avoir déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité.

8. Suite à cette opposition, la caisse a décidé d'entreprendre un complément d'instruction (cf. son courrier du 5 juillet 2002 à l'assurée).

9. Dans ce cadre, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique en date du 30 octobre 2002, conduite par le Dr D_____, psychiatre.

   Dans son rapport d'évaluation du 17 novembre 2002, l'expert a relevé que la patiente se plaignait essentiellement de douleurs très fréquentes, parfois supportables, parfois violentes. L'expertisée se présentait comme une jeune femme manifestement intelligente et nuancée, même enjouée à certains moments. Son discours était cohérent, sans dramatisation. Il n'y avait pas de signe objectif de dépression ou d'anxiété, en particulier pas de ralentissement idéo-moteur, pas de plainte, ni de signe objectif d'une atteinte psychiatrique. Il existait certes des ruminations soucieuses et des baisses de moral, mais elles semblaient essentiellement circonstancielles, liées à la survenue des douleurs. Celles-ci, ayant une explication physiologique, ne pouvaient être considérées comme psychogènes. Quant aux épisodes passagers de type anxio-dépressif, ceux-ci ne semblaient pas atteindre le seuil clinique. En conclusion, l'assurée ne présentait pas d'affection psychiatrique mise en évidence et pas d'incapacité de travail d'origine psychiatrique.

10. Cette expertise a également été soumise au médecin-conseil de la caisse qui, après analyse des pièces médicales, a constaté que l'état de santé de l'assurée ne justifiait pas d'incapacité de travail (cf. avis à l'assurance du Dr C_____ du 27 novembre 2002).

11. Pas décision du 2 décembre 2002, la caisse a mis fin à ses prestations en date du 31 octobre 2002.

12. Par courrier du 12 décembre 2002, l'assurée a formé opposition à cette décision, souhaitant un délai pour compléter ses écritures et soulignant qu'elle présentait une incapacité de travail.

13. Par courrier du 16 janvier 2003, l'assurée, concluant au versement d'indemnités journalières à hauteur de 50%, a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'expertise du Dr A_____, ce malgré la fin des rapports de service qui la liait à son ancien employeur.

14. Par courrier du 4 septembre 2003, l'assurée a rappelé que le Dr A_____ avait prévu de manière hypothétique une amélioration de son état de santé, soit une capacité de travail complète à partir du 1er novembre 2002. Cependant, cette hypothèse ne s'était pas produite et elle n'avait pas recouvré sa capacité de travail. Elle priait enfin l'assurance de reprendre le versement des indemnités journalières ou de rendre dans les plus brefs délais une décision sur opposition.

15. Par courrier du 4 décembre 2003, l'assurée a mis en demeure la caisse de rendre une décision sur opposition avant le 31 décembre 2003.

16. Par décision sur opposition du 18 décembre 2003, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 2 décembre 2002. Elle a rappelé à cette occasion que les caisses-maladie avaient en tout temps le droit de contrôler l'incapacité de travail de leurs assurés, raison pour laquelle, elle avait ordonné deux expertises médicales. Or, ces expertises étaient convaincantes et reconnaissaient à l'assurée une pleine capacité de travail à partir du 1er novembre 2002.

17. Par courrier du 22 janvier 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, au versement d'indemnités journalières à hauteur de 50% dès le 1er novembre 2002. Elle a fait valoir que dans son expertise, le Dr A_____ avait indiqué que les troubles constatés limitaient sa capacité à 50% dans l'activité exercée mais qu'une amélioration de la capacité fonctionnelle serait toutefois envisageable dès le 1er novembre 2002 après un traitement physique actif et la résolution des conflits professionnels. L'indication d'une reprise à 100% dès le 1er novembre 2002 était conditionnelle. Dès lors, la caisse se devait, avant d'interrompre les prestations, de vérifier l'évolution de l'état de santé de son assurée, ce qu'elle n'avait pas fait. Son état ne s'était pas amélioré et au 31 octobre 2002, elle présentait toujours une incapacité de travail de 50%. Quant à l'évaluation psychiatrique du Dr D_____, celle-ci frappait par la faiblesse de son propos et ne reposait que sur des suppositions, puisque les épisodes de type anxio-dépressif qu'elle présentait ne « semblaient » pas pour l'expert atteindre le seuil critique. Or, la recourante souffrait d'un état dépressif grave, avec développement d'idées suicidaires. Elle avait consulté un médecin psychiatre qui devait fournir un rapport détaillé à ce sujet.

18. Par courrier du 26 février 2004, la recourante a transmis au Tribunal de céans le rapport de son psychiatre traitant, le Dr E_____. Celui-ci précisait que la première consultation à son cabinet avait eu lieu le 12 décembre 2003 et que la patiente avait alors exprimé de multiples plaintes de type anxieux et dépressif. La recourante était de surcroît enceinte et ne pouvait dès lors prendre de traitement antidépresseur. Ce médecin constatait également depuis l'expertise du Dr D_____, la situation s'était dégradée depuis un an. Le test d'Hamilton (dépression) évaluait un état dépressif d'intensité moyenne, mais dont l'évolution dans la durée avait dépassé depuis de nombreux mois le seuil critique. Dès lors, il avait mis en place une psychothérapie de soutien avec une séance hebdomadaire, afin d'éviter une péjoration dudit état dépressif, qui contribuait évidemment à l'incapacité de travail actuelle de la patiente.

19. Dans une réponse du 24 mars 2004, la caisse, concluant au rejet du recours, a rappelé que son médecin-conseil évaluait les cas en toute indépendance et que les appréciations émises par ce dernier avaient valeur probante s'ils avaient été établis à un moment où l'assureur concerné n'était pas partie à la procédure. En outre, il fallait tenir compte du fait que le médecin traitant ne pouvait pas toujours faire preuve de l'objectivité nécessaire. En l'espèce, la recourante avait été soumise à deux expertises médicales. Les experts avaient conclu à ce qu'une reprise de travail dans la profession habituelle pourrait être exigible au 1er novembre 2002 et que dans une activité adaptée, cette capacité était totale au 1er novembre 2002. Sur la base de ces expertises, le médecin-conseil était arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assurée ne justifiait pas d'incapacité de travail au-delà du 31 octobre 2002. Par ailleurs, l'attestation du Dr E_____ n'était d'aucun secours à la recourante, puisque ce dernier l'avait vue pour la première fois plus d'une année après que la caisse ait rendu sa décision ; or, c'était l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue qui était déterminant. En outre, le rapport du Dr E_____ ne répondait pas aux critères fixés par la jurisprudence pour avoir valeur probante, contrairement aux deux rapports d'expertises. Enfin, en date du 17 octobre 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité avait refusé à l'assurée l'octroi d'une rente, au motif qu'elle ne présentait aucune comorbidité psychiatrique. Dès lors, la caisse avait à juste titre cessé le versement des indemnités au 31 octobre 2002.

20. Dans une réplique du 22 avril 2004, la recourante a rappelé que l'hypothèse du Dr A_____, selon laquelle elle recouvrirait une capacité de travail dans les six mois dès ladite expertise ne s'était pas vérifiée. Par ailleurs, elle a relevé que la contribution du Dr D_____ ne constituait pas une expertise répondant aux exigences jurisprudentielles pour lui donner pleine valeur probante. Enfin, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité avait annulé sa décision de refus, ayant décidé de la soumettre à un examen psychiatrique.

21. Dans une duplique du 24 mai 2004, la caisse a rappelé qu'il fallait admettre que l'assurée, d'un point de vue rhumatologique, jouissait d'une pleine capacité de

travail dès le 1er novembre 2002, dans une activité adaptée, tout au moins. D'un point de vue psychiatrique, l'expert avait conclu à l'inexistence d'affection psychiatrique, conclusion partagée par le médecin-conseil.

22. Par courrier du 18 mars 2005, le Tribunal de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 86 LAMal et 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LALAMal), ainsi qu'aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues

dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 2 décembre 2002, sur la base d'un état de fait juridiquement déterminant remontant à 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAMal et de son règlement d'application en vigueur à cette date.

4. Le litige porte sur la question de savoir si la caisse était fondée à suspendre le versement de ses indemnités journalières au 31 octobre 2002, sur la base des expertises réalisées par les Drs A_____ le 12 mai 2002 et D_____ le 17 novembre 2002.

5. Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail de la moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). Selon la jurisprudence (ATF 129 V 53 consid. 1.1 et les références), est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état. Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage - qui est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572, voir aussi p. 277 s. en ce qui concerne le droit à l'indemnité journalière dans l'assurance-maladie; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) -, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. La jurisprudence considère comme approprié un temps d'adaptation compris entre trois et cinq mois, tel qu'il découle de la pratique (ATF 111 V 239 consid. 2a; RAMA 2000 n° KV 112 p. 123 consid. 3a). A l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 286 consid. 3c in fine; ATFA non publié P. du 21 août 2001 en la cause K 191/00). La perte de gain chiffrée en pourcent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (à propos de l'art. 6 deuxième phrase LPGA, cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, Art. 6 LPGA, ch. 7 n° 14 p. 89). En effet, l'assureur-maladie ne peut se défaire de son obligation d'indemniser la perte de gain d'un assuré en se fondant uniquement sur la seule évaluation médico-théorique de la capacité de travail dont

celui-ci dispose dans une autre activité. Il reste tenu au paiement de l'indemnité journalière, le cas échéant dans une mesure réduite, tant qu'il subsiste chez l'assuré un dommage résiduel dû à la maladie et couvert par les conditions d'assurance. Or, sans une enquête approfondie d'ordre économique et professionnel, il n'est pas possible d'affirmer qu'il suffit d'une activité adaptée pour exclure toute perte de gain en relation avec l'atteinte à la santé, ni qu'un tel placement est possible sans reclassement approprié.

Le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée; l'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (consid. 2b non publié de l'ATF 127 V 154 consid. 2b; 110 V 332 consid. 5; RAMA 1990 n° K 829 p. 8 consid. 3c). Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont tenus, dans le cadre de la loi et des statuts, de veiller à ce que ne soient fournies que des prestations auxquelles l'assuré a effectivement droit; ils ont dès lors en tout temps le droit et, le cas échéant, le devoir de vérifier les indications des assurés et celles du médecin (ATF 107 V 103 et les références). Selon la LAMal, les fonctions de contrôle et de surveillance incombent aux médecins-conseils des caisses (cf. art. 57 al. 4, 2ème phrase LAMal; ATF 129 V 60 consid. 4.3). La décision d'ordonner un examen médical et le choix du médecin relève de l'appréciation de la caisse-maladie, l'assuré ne disposant pas d'un droit de choisir l'expert, mais celui de faire valoir des motifs d'exclusion ou de refus à son encontre (RAMA 1989 n° K 820 p. 334 consid. 1b et l'arrêt cité ; ATFA non publié du 16 avril 2004 en la cause K 74/02).

6. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). Par ailleurs, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in

der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références). On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2 ; ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268 ; ATFA non publié du 19 juillet 2004 en la cause U 222/03 consid. 4.2).

8. En l'espèce, l'intimée estime que les expertises effectuées par les Drs A_____ le 12 mai 2002 et D_____ le 17 novembre 2002, ainsi que les avis de son médecin-conseil sont complets, clairs et bien motivés, soit qu'ils ont pleine valeur probante et qu'il faut dès lors se baser sur l'appréciation des experts pour retenir une capacité de travail exigible de l'assurée dès le 1er novembre 2002. La recourante relève quant à elle que les experts n'ont émis que des hypothèses quant au recouvrement de sa capacité de travail au 1er novembre 2002, hypothèses qui ne se sont pas vérifiées. Enfin, selon l'assurée, l'évaluation psychiatrique du Dr D_____ était très succincte et n'avait pas de valeur probante ; il fallait se référer au rapport du psychiatre traitant.

   Le Tribunal de céans constate d'une part que l'expertise du Dr A_____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, elle repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale de la patiente, ne contient pas de contradictions et aboutit à des conclusions motivées. Ainsi, le Dr A_____ a procédé à une anamnèse

précise du cas (anamnèse et historique, antécédents médicaux et anamnèse sociale). Après avoir examiné l'assurée, le 10 avril 2002, il décrit le contexte médical de manière claire et précise. Par ailleurs, il prend également en compte les plaintes exprimées par la recourante. Il diagnostique un tableau clinique de fibromyalgie, des cervico-brachialgies droites sur dysfonction segmentaire ainsi qu'un probable état anxio-dépressif. Ses conclusions sont cohérentes et motivées. Il explique que l'expertisée peut diminuer le dommage résultant de son incapacité de travail en suivant un programme de rééducation active. Il préconise pour ce faire de prolonger l'incapacité de travail actuelle de 50% durant 6 mois afin de lui permettre de suivre une rééducation adéquate. Ainsi, selon l'expert, une reprise de son activité de femme de chambre à 100% pourrait être exigible au 1er novembre 2002. Cependant dans une activité adaptée, la capacité de l'assurée est totale au 1er novembre 2002.

Les conclusions motivées de cet expert convainquent le Tribunal de céans. Ce dernier estime que l'expertisée pourrait reprendre son activité de femme de ménage à partir du 1er novembre 2002 après une rééducation adéquate - il ne s'agit que d'une hypothèse -, mais constate qu'elle est capable de travailler dans une activité adaptée, soit une activité légère, dès le 1er novembre 2002.

Quant à l'examen du Dr D_____, dénommé « évaluation psychiatrique », le rapport, court mais circonstancié est également convainquant. L'expert a procédé à une anamnèse psychosociale, a pris en compte les plaintes de l'assurée et a posé un diagnostic clair. Lors de l'examen qui s'est tenu le 30 octobre 2002, l'expertisée ne présentait pas d'affection psychiatrique. Le rapport du 11 février 2004 du Dr E_____, psychiatre traitant, ne saurait infirmer les conclusions de l'évaluation du Dr D_____. En effet, la recourante ne l'a consulté que le 9 décembre 2003, soit plus d'une année après l'expertise du Dr D_____, ce qui laisse supposer qu'elle ne souffrait pas jusqu'alors de troubles psychiques. Par contre, il semblerait que, selon le psychiatre traitant - qui n'a pas l'impartialité d'un expert -, son état psychique se soit péjoré et qu'en décembre 2003, elle présentait un état dépressif moyen qui aurait une influence sur sa capacité de travail. Cependant, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Ainsi, il convient de constater que, d'une part, la recourante présentait au 1er novembre 2002 une capacité totale de travail, dans une activité adaptée légère et que, d'autre part, la caisse, ayant annoncé à son assurée le 12 juin 2002 la suppression des indemnités au 31 octobre 2002, lui a laissé un temps d'adaptation suffisamment long pour la recherche d'un emploi adapté, au regard de la jurisprudence fédérale.

Il y a par conséquent lieu de procéder à la comparaison des revenus de la recourante, sans atteinte à la santé dans la profession de femme de chambre et avec atteinte à la santé dans une activité légère, pour déterminer son éventuelle perte de gain, ce que la caisse a omis de faire.

Pour que l'intimée, qui indemnise à certaines conditions une incapacité de travail d'au moins 25% (art. 8. al. 2 des conditions particulières de l'assurance collective d'une indemnité journalière), soit tenue d'octroyer des indemnités journalières, il faut que la recourante ne puisse pas réaliser dans une activité légère de substitution plus que le 75% du revenu qui aurait été le sien dans son emploi de femme de chambre sans l'atteinte à sa santé (ATF 114 V 287 consid. 3d).

En 2001, la recourante a perçu pour son activité de femme de chambre à l'hôtel des Berges 39'024 fr. 50. Il y a lieu de réactualiser ce salaire 2001 à l'année 2002, année de référence pour la comparaison de gain, ce qui représente un revenu de 39'723 fr. 10 (cf. La Vie économique n° 11-2004 p. 87).

S'agissant du revenu que la recourante aurait pu réaliser en exerçant une activité de substitution, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA 1, niveau de qualification 4), à savoir 3'820 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise. Ce revenu mensuel hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 8-2004 p. 94, tabelle B 9.2), un revenu de 3'982 fr. 35 par mois (3'820 x 41,7 : 40), soit de 47'788 fr. 20 par an. Même avec un abattement maximal de 25 %, qui peut se justifier en principe notamment en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge ou de la nationalité, il en résulterait un revenu annuel de 35'841 fr. 15. Or, ce revenu hypothétique dépasse le 75% de celui que la recourante aurait pu réaliser en qualité de femme de chambre sans ses atteintes à la santé (75% de 39'723 fr. 10 = 29'792 fr. 35).

Il s'ensuit que l'intimée n'était plus tenue d'octroyer des indemnités journalières à partir du 1er novembre 2002. Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition du 18 décembre 2003 confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière: La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le