RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1623/2005 **ATAS/385/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 25 avril 2006

En la cause

Madame V_____, comparant par Maître Marc BELLON en l'Etude duquel elle fait élection de domicile	demanderesse
contre	
FONDATION CAISSE-MALADIE HERMES, sise av. du Général-Guisan 30, à Sierre	défenderesse

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame V_____ travaillait en qualité d'ouvrière horlogère pour la manufacture d'horlogerie X_____ S.A. depuis 1989. Dans le cadre de son contrat de travail, elle était assurée par un contrat collectif d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) avec une couverture salariale de 95%, après un délai d'attente de 45 jours, par LA FONDATION CAISSE-MALADIE HERMES, appartenant au GROUPE MUTUEL (ci-après la caisse-maladie).

2. L'assurée a présenté des incapacités de travail en raison de maladie, variant de 0 à 100% à partir de l'année 2002.

3. En date du 28 janvier 2003, l'assurée a été reçue par le médecin-conseil de la caisse-maladie, qui a fixé la reprise de travail au 3 février 2003.

4. Le 19 février 2003, le Dr A_____, psychiatre traitant, a attesté d'une incapacité totale de travail.

5. En date du 18 mars 2003, le visiteur des malades de la caisse-maladie s'est rendu au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 19 mars 2003, il a formulé les remarques suivantes : "J'ai trouvé cette dame très triste et complètement démoralisée. Dans ses discussions, il n'y a pas beaucoup de positif. Elle ne répond ni à la porte ni au téléphone (répondeur), j'ai dû la convoquer par la poste. Elle dit qu'elle a peur, mais elle ne peut pas expliquer les motifs. Elle n'a pas envie de sortir et de rencontrer du monde. Après un long entretien que j'ai eu avec cette dame, il semblerait qu'elle aurait envie de reprendre son activité dans l'entreprise. Ses chefs lui auraient dit qu'il n'y avait pas de problèmes pour une reprise normale".

6. Afin de déterminer son droit à l'indemnité journalière, l'assurée a été soumise à une expertise conduite par le Dr B_____, psychiatre. Dans son rapport d'évaluation psychiatrique du 12 mai 2003, il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de l'agoraphobie avec trouble panique. La résistance des troubles au traitement de Deroxat surprenait. Le comportement de l'expertisée pourrait suggérer l'existence d'une rigidité psychologique avec difficultés à s'adapter au changement comme on le voyait dans les troubles de la personnalité. Seule une observation prolongée permettrait d'étayer ce diagnostic qui s'il se vérifiait assombrirait le pronostic. L'incapacité de travail actuelle était justifiée, mais on devait pouvoir envisager une reprise partielle (à 50%) dans les 4 à 8 semaines. Enfin, ce médecin a préconisé un certain nombre de mesures thérapeutiques.

7. Par courrier du 21 mai 2003, la caisse-maladie a proposé à son assurée de reprendre le travail à 50% dès le 30 juin 2003, ce qu'elle a fait.

8. Dans un rapport à la caisse-maladie du 20 octobre 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, ainsi qu'une agoraphobie avec troubles paniques. Il a constaté une amélioration clinique, qui avait permis une reprise de travail à 50% dès le 30 juin 2003.

9. En date du 15 décembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

10. En février 2004, l'assurée, présentant toujours une capacité de travail de 50%, a été soumise à une nouvelle expertise psychiatrique, conduite par le Dr C_____. Dans son rapport du 12 février 2004, l'expert a diagnostiqué une agoraphobie ainsi qu'une dépression légère. L'incapacité de travail était de 20% depuis le 11 mars 2004 et de 0% depuis le 25 mars 2004. Il a formulé les remarques suivantes : "(…) A bien repris le travail à 50% mais maintenant se juge stationnaire et pense que les choses iront ainsi jusqu'à l'AI. "D'autres sont moins malades que moi et sont déjà à l'AI à 100%" a-t-elle dit. Sur le ton : qu'on me laisse alors tranquille. (…) Assez démonstrative en cours d'entretien : pleure, gémit. Contradictoire aussi : dit craindre la foule et ne pas pouvoir travailler pour cela… alors qu'elle travaille seule. En fin d'entretien : invoque aussi les lombalgies. Je lui ai rappelé que pour qu'elles soient reconnues comme invalidantes, il faudrait qu'il y ait des signes graves à la radiologie et qu'il ne fallait pas chercher trop facilement de prétextes. Elle a acquiescé. (…) Doit être fermement et sûrement remise au travail car elle ne le fera pas sans coup de pouce externe. Les symptômes a priori sont présents mais légers et il existe des signes de surcharge psychogène. Il faudrait revoir la médication et la potentialiser avant le retour au travail à taux plus élevé". A la question de savoir quelles sont objectivement les limitations physiques et psychiques en relation avec les troubles constatés, l'expert a répondu : "Physique : aucune. Psychique : asthénie subjective. Aucun handicap".

11. Par courrier du 17 février 2004, la caisse-maladie a informé l'assurée que les prestations pour perte de gain lui seraient allouées à un taux de 25% du 11 au 24 mars 2004 et qu'elles prendraient fin dès le 25 mars 2004.

12. Par certificat du 15 mars 2004, le Dr D_____, nouveau médecin traitant interniste, a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 15 mars 2004.

13. L'assurée a repris le travail à 100% à partir du 25 mars 2004.

14. En date du 31 mars 2004, elle a été licenciée avec effet au 30 juin 2004, pour des raisons économiques.

15. Par certificat du 2 avril 2004, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité totale de travail à partir du 31 mars 2004.

16. Par courrier du 11 mai 2004 à l'assurée, la caisse-maladie a pris acte de la nouvelle incapacité totale de travail, attestée par le Dr A_____. Elle proposait en outre à l'assurée de fournir un certificat de reprise de travail dès le 31 mai 2004, à défaut duquel celle-ci devait se présenter pour une nouvelle expertise auprès du Dr C_____.

17. En date du 26 mai 2004, l'assurée a été soumise à une troisième expertise psychiatrique. Dans son rapport du 3 juin 2004, le Dr C_____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a formulé les remarques suivantes : "Globalement en dehors de sa colère qui est nouvelle, l'assurée a paru aller mieux que lors du premier entretien. L'expert n'a pas trouvé autant de symptômes de dépression que la première fois. (…) L'assurée a quelques symptômes anxieux et un peu de tristesse associée à une bonne dose de colère. Le tout ne formant pas une entité nosologique bien claire. Il s'agit d'une difficulté d'adaptation à la réalité".

18. Par courrier du 9 juin 2004, la caisse-maladie a informé l'assurée que suite à l'expertise du Dr C_____, les prestations pour perte de gain lui seraient allouées jusqu'au 16 juin 2004.

19. Le Dr D_____ a adressé sa patiente à la Dresse E_____, psychiatre, pour une évaluation. Dans son rapport du 23 juin 2004, la Dresse E_____ a relevé ce qui suit : "Sur la base de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique, on met en évidence une dépression majeure récurrente, d'intensité sévère qui s'inscrit possiblement, dans le contexte d'un trouble thymique organique dépressif consécutif à un éventuel syndrome d'apnées du sommeil qui reste à étayer. Par ailleurs, la patiente présente un état de stress post-traumatique ayant exacerbé la symptomatologie dépressive sous-jacente. Cet état réactionnel serait dû au surmenage dans le milieu professionnel avec ce qui confine à un mobbing. En raison de l'aggravation de la pathologie dépressive et anxieuse, j'ai proposé une modification du traitement en faveur de l'Efexor (Efexor ER 300 mg/jour ; Tranxilium 20 mg/jour)". Cette psychiatre a diagnostiqué une dépression majeure récurrente d'intensité sévère, des troubles paniques avec agoraphobie, un possible syndrome d'apnées du sommeil, une gastrite, une fibromyalgie, des céphalées, une hypercholestérolémie, ainsi qu'un lipome vertébral lombaire réséqué.

20. Par courrier du 21 octobre 2004, l'assurée a présenté à la caisse-maladie une demande de libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle perte de gain.

21. A titre privé, l'assurée a sollicité une expertise de la Dresse F_____, psychiatre. Dans son rapport du 26 novembre 2004, l'experte a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un trouble panique avec agoraphobie, un possible trouble d'apnées du sommeil

pouvant entraîner un trouble thymique organique, ainsi qu'une fibromyalgie. Elle a formulé les remarques suivantes : "Le pronostic est médiocre quant à une reprise de travail partielle ou totale. En effet, la patiente souffre d'un trouble dépressif majeur récurrent et de troubles paniques avec agoraphobie, dont l'évolution a été aggravée par un licenciement intempestif survenu dans des conditions ressenties comme injustes. La reprise de travail précoce présentait éventuellement des avantages dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie. Toutefois, l'état dépressif a été sous-estimé. La prise en charge des états dépressifs majeurs devrait constituer une priorité par rapport à celle des troubles de la lignée anxieuse tel qu'un trouble panique avec agoraphobie. La capacité de travail ne peut pas être améliorée actuellement par un traitement médical et une demande d'assurance-invalidité est justifiée". L'experte a précisé que le ralentissement psychomoteur et idéatoire, ainsi que les troubles attentionnels, de concentration et de mémoire de fixation empêchaient tout travail. L'incapacité de travail était complète.

22. En date du 20 janvier 2005, l'autorité cantonale en matière d'assurance-chômage a déclaré l'assurée inapte au placement et a nié son droit à des prestations de l'assurance-chômage.

23. En date du 11 mars 2005, la caisse-maladie a émis une attestation d'assurance concernant l'indemnité journalière individuelle LCA pour son assurée.

24. En date du 13 mai 2005, l'assurée a déposé une demande en paiement devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, sollicitant, sous suite de dépens, le versement de la somme de 40'823 fr. 25 avec intérêt à 5% à partir du 1er octobre 2004, de sa caisse-maladie. Elle a fait valoir que les rapports de l'expert C_____ étaient contredits par les Dresses E_____ et F_____ qui avaient relevé la présence de troubles de l'attention, de la concentration, une pensée ralentie, inhibée et appauvrie, des idées morbides, une phobie de la foule, de l'anxiété, un sentiment de culpabilité et de ruine, une perte du désir de vivre, signes de dépression, qui justifiaient une incapacité totale de travail. Ainsi, elle avait droit aux prestations s'élevant à 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs. 388 indemnités journalières lui avaient été versées du 19 février 2003 au 24 mars 2004 et 77 jours du 31 mars 2004 au 16 juin 2004. Il restait par conséquent un solde de 265 jours d'indemnités journalières (730 - 388 - 77) auquel elle avait droit. L'indemnité journalière s'élevant à 154 fr. 05, elle sollicitait ainsi le paiement de 40'823 fr. 25 (154 fr. 05 * 265).

25. Dans sa réponse du 10 août 2005, la défenderesse, concluant au rejet de la demande, a fait valoir que l'expert C_____ avait, lors de sa deuxième expertise effectuée après le licenciement, estimé que, globalement et en dehors de sa colère qui était nouvelle, l'assurée allait mieux que lors du premier entretien et il n'avait pas trouvé autant de symptômes de dépression que la première fois. Selon lui, il fallait inviter l'expertisée, qui présentait une capacité totale de travail au

moment de l'expertise, à entreprendre des démarches pour une reprise de travail, estimant que l'inscription au chômage était positive pour sa santé. Enfin, l'expérience montrait que plus un assuré atteint de troubles psychiques tardait à reprendre le travail, alors qu'il était physiquement apte à le faire, plus il aurait de la peine à le faire et s'installerait dans une certaine oisiveté. Or, il n'appartenait pas aux assurances de prendre en charge les conséquences financières qui en résultaient.

26. Dans sa réplique du 7 septembre 2005, la demanderesse a souligné la constance des diagnostics de dépression et d'anxiété retenus par tous les intervenants médicaux. Elle a également relevé que la défenderesse n'avait émis aucune critique à l'encontre des conclusions des Dresses E_____ et F_____ lesquelles n'étaient pas les psychiatres traitantes de la demanderesse. La caisse-maladie se bornait ainsi à soutenir que les rapports d'expertise du Dr C_____ auraient été établis de manière professionnelle, sans pour autant répondre aux critiques formulées par l'assurée à leur encontre. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.

27. Dans sa duplique du 14 octobre 2005, la défenderesse a relevé que s'il s'avérait que l'incapacité de travail de l'assurée était liée aux relations professionnelles, la raison de cette incapacité devait avoir disparu avec le licenciement. Enfin, si, a contrario, il s'avérait que les troubles de la demanderesse n'étaient pas liés aux difficultés professionnelles, il fallait partir de l'idée que l'état dépressif décrit ne présentait pas, au moment de la première expertise déjà, de gravité suffisante pour justifier une incapacité totale de travail. Pour le surplus, en ce qui concernait le calcul des indemnités journalières, elle se réservait le droit de faire un décompte précis et chiffré de l'ensemble des prestations dues, au cas où le Tribunal de céans écartait ses conclusions.

28. Sur ce, les courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. a) L'art. 56V al. 1 let. c LOJ - entré en vigueur le 1er août 2003 - confère au TCAS la compétence de connaître, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents.

   b) L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les 2 ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 - LSA).

   En l'espèce, la demande déposée devant la juridiction compétente le 13 mai 2005 pour des prestations litigieuses à partir de juin 2004, est recevable.

3. a) Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la demanderesse a droit à des indemnités journalières à partir du 17 juin 2004, soit si elle présente une incapacité de travail ouvrant droit à des prestations.

   b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATFA non publié du 26 juillet 2002, I 19/02).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l’administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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.

L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

4. En l'occurrence, se trouvent au dossier plusieurs expertises et rapports médicaux d'époques différentes.

En mai 2003, le Dr B_____, psychiatre, diagnostique un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de l'agoraphobie avec trouble panique. Il préconise une reprise de travail à 50% dans les 4 à 8 semaines. En février 2004, le Dr C_____ établit une première expertise dans laquelle il diagnostique une agoraphobie ainsi qu'une dépression légère. Selon lui, la capacité de travail est totale depuis mars 2004. En mai 2004, l'assurée est soumise à une nouvelle expertise par le Dr C_____, qui diagnostique un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, sans répercussion sur la capacité de travail. En juin 2004, la Dresse E_____ effectue une évaluation psychiatrique. Elle diagnostique une dépression majeure récurrente d'intensité sévère, des troubles paniques avec agoraphobie, un possible syndrome d'apnées du sommeil, une gastrite, une fibromyalgie, des céphalées, une hypercholestérolémie, ainsi qu'un lipome vertébral lombaire réséqué. En novembre 2004, la Dresse F_____ effectue une expertise à la demande de l'assurée. Elle diagnostique elle aussi un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un trouble panique avec agoraphobie, un possible trouble d'apnées du sommeil ainsi qu'une fibromyalgie. Elle relève que le trouble dépressif majeur récurrent a été aggravé par un licenciement intempestif vécu comme injuste par la demanderesse. Selon elle, l'état dépressif a été sous-estimé; l'incapacité de travail est totale et ne peut être améliorée par un traitement médical; une demande d'assurance-invalidité

est justifiée. Enfin, le psychiatre traitant de la demanderesse atteste lui aussi d'une incapacité totale de travail à partir du 31 mars 2004, date du licenciement.

5. Tout d'abord, s'agissant de l'expertise du Dr B_____ de mai 2003, il y a lieu de constater que, depuis lors, la demanderesse a recouvré des périodes de capacité totale de travail, mais qu'elle a été victime d'un licenciement, qui a contribué à la péjoration de son état psychique, selon la Dresse F_____. Ainsi l'expertise du Dr B_____, datant d'il y a trois ans, n'est plus d'actualité et ne présente plus d'utilité pour apprécier l'état de santé de l'assurée en juin 2004.

   Quant aux expertises du Dr C_____, il convient de déterminer si elles ont valeur probante ou non. A cet égard, la jurisprudence établit clairement que le rapport d'expert doit être rédigé de manière sobre, libre de toute qualification dépréciante ou de tournures à connotation subjective. L'expert se doit d'avoir une certaine retenue et est tenu de rapporter les constations qu'il a faites de manière neutre et circonstanciée. Enfin, les conclusions auxquelles il aboutit doivent s'appuyer sur des considérations médicales et non sur des jugements de valeur. En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que la première expertise du Dr C_____ comporte de nombreuses remarques dépréciantes et subjectives qui attestent que l'expert n'a pas eu l'attitude neutre qu'il lui convenait d'avoir pour mener une expertise. En effet, parce que l'expertisée pleure, il estime son attitude démonstrative. Il qualifie le ton de l'assurée en notant que ce ton "signifie" qu'elle voudrait qu'on la laisse tranquille, puisque d'autres sont moins malades qu'elle et ont droit à une rente d'invalidité. Enfin, les remarques que cet expert a faites à la demanderesse sont de nature tendancieuse. En effet, les propos tenus par le Dr C_____ lorsqu'il explique à l'assurée que "pour que des lombalgies soient reconnues comme invalidantes, il faut qu'il y ait des signes graves à la radiologie et qu'il ne faut pas chercher trop facilement de prétexte" [pour justifier d'une incapacité de travail] sont propres à déstabiliser l'expertisée et n'ont pas leur place dans une expertise. Ainsi, il s'avère que le premier rapport d'expertise du Dr C_____ n'a pas de valeur probante.

   S'agissant du deuxième rapport - dont on peut également douter de la valeur probante, au vu de l'attitude de l'expert -, il y a lieu de constater que le rapport circonstancié de la Dresse F_____ - non médecin traitant - est de nature à en mettre en doute les conclusions (le Dr C_____ ne diagnostique dans sa deuxième expertise qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, sans répercussion sur la capacité de travail).

   Or, le rapport de la Dresse F_____ peut valoir comme moyen de preuve, s'il remplit les critères énoncés par la jurisprudence pour lui accorder pleine valeur probante. Tel est le cas en l'occurrence. En effet, il est circonstancié, prend en considération les plaintes exprimées par l'assurée, se fonde sur des examens complets et ses conclusions sont motivées et convaincantes. La Dresse

F_____ s'est basée sur l'ensemble du dossier de l'assurance-invalidité et sur les expertises des Drs B_____ et C_____; elle a reçu l'expertisée 4 fois, pendant 4 heures 45 au total. Cette doctoresse constate que l'assurée présente une sidération, des troubles de l'attention et de la concentration, un état anxieux, une hyperémotivité (crise de larmes), une thymie triste, une irritabilité, un ralentissement psychomoteur et idéatoire qui rendent la capacité de travail nulle pour tout travail.

Il convient enfin de relever que la Dresse E_____ pose les mêmes diagnostics que sa consoeur, soit notamment une dépression récurrente, épisode actuel sévère, aggravée par le licenciement.

Au vu des considérations qui précèdent, il convient d'écarter les expertises du Dr C_____ et de se fonder sur l'expertise de la Dresse F_____. Ainsi, il y a lieu de reconnaître que la demanderesse présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un trouble panique avec agoraphobie, un possible trouble d'apnées du sommeil pouvant entraîner un trouble thymique organique, ainsi qu'une fibromyalgie et des céphalées, qui la rendent incapable de travailler, au moins depuis le 31 mars 2004, date de son licenciement et ce pour une durée indéterminée. Dès lors, la demanderesse a droit à des indemnités journalières à partir du 17 juin 2004, selon les termes du contrat d'assurance. S'agissant du montant et du nombre d'indemnités journalières encore dus, le Tribunal de céans devra renvoyer le dossier - qui ne contient aucun décompte permettant de statuer sur la question - à la défenderesse, afin qu'elle procède au calcul nécessaire pour indemniser la demanderesse.

6. Quant aux intérêts à 5% demandés par la demanderesse à partir du 1er octobre 2004, il y a lieu de se référer à l'art. 100 LCA qui prévoit que le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par ladite loi. Selon l'art. 104 du code des obligations (CO), le débiteur en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit l'intérêt moratoire à 5%. Aux termes de l'art. 105 CO, le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. En l'occurrence, l'intérêt moratoire de 5% est dû depuis le 13 mai 2005, date du dépôt de la demande en paiement devant le Tribunal de céans.

7. Enfin, la demanderesse, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens s'élevant à 1'500 fr.

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 la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Constate que la demanderesse présente une incapacité totale de travail au moins depuis le 31 mars 2005 et ce pour une durée indéterminée.

4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse les indemnités journalières dues selon le contrat individuel d'assurance depuis le 17 juin 2004.

5. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse des intérêts de 5% depuis le 13 mai 2005, sur les indemnités journalières dues depuis le 17 juin 2004.

6. Renvoie le dossier à la défenderesse pour le calcul desdites indemnités.

7. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

8. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss. et 68 ss. de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

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 des assurances privées par le greffe le