RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2242/2004 **ATAS/582/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 juin 2006

En la cause

Madame R_____, domiciliée FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître TUCHSCHMID MONNIER Tirile	demanderesse
contre	
ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise avenue du Bouchet 2, case postale 40, 1211 GENEVE 28	défenderesse

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame R_____, ressortissante française née le 1958, a travaillé en tant que coiffeuse pour la société X_____Sàrl du 1er juillet 2002 au 30 septembre 2004. A ce titre elle était assurée par son employeur en matière d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après : l'ALLIANZ) dans le cadre d'une assurance maladie collective conclue selon le droit privé.

2. L'assurée a été en arrêt total de travail du 9 octobre au 4 décembre 2002 en raison de myalgies diffuses et des indemnités journalières complètes lui ont été versées pour la période du 16 octobre au 5 décembre 2002. Dès le 9 décembre 2002, elle a à nouveau été incapable de travailler à 50% et a perçu des indemnités journalières à 50%, à l'exception de la période du 30 décembre 2002 au 5 janvier 2003 pendant laquelle elle a touché des indemnités journalières à 100% en raison d'un arrêt total de travail.

3. Le 9 avril 2003, l'ALLIANZ a informé l'assurée qu'elle mettrait un terme à ses prestations dès le 17 avril 2003, puisque son médecin-conseil, le Dr E_____, avait conclu, après l'avoir examinée, qu'elle pouvait reprendre une activité à plein temps à partir de cette date.

4. Par courrier du 5 mai 2003, l'ALLIANZ a maintenu sa position, contrairement au certificat établi le 14 avril 2003 par le médecin traitant de l'assurée, le Dr A_____, selon lequel celle-ci présentait une incapacité de travail de 50%, « malgré une indéniable amélioration apparue depuis une semaine environ ».

5. En raison des divergences d'opinion entre le médecin-conseil de l'ALLIANZ et son médecin traitant, l'assurée a demandé à la Dresse B_____, médecin généraliste et spécialiste en acupuncture, d'évaluer son état de santé. Dans son rapport du 18 juillet 2003, ce médecin a diagnostiqué une fibromyalgie et a indiqué que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité de coiffeuse à plein temps, puisque sa capacité de travail se situait entre 30 et 50%.

6. Dans une expertise rendue le 18 août 2003 à la demande de l'ALLIANZ, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif d'intensité moyenne. Selon lui, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% en tant que coiffeuse, ainsi que dans toute autre activité lucrative.

7. Compte tenu des conclusions du Dr C_____, l'ALLIANZ a informé l'assurée le 13 octobre 2003 qu'elle avait repris le versement des indemnités journalières à 50% depuis le 4 septembre 2003 avec effet rétroactif au 1er avril 2003.

8. Dès le 28 novembre 2003, l'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% puis à 50%. Elle a été hospitalisée à "établissement hospitalier"de Lyon à partir du 6 janvier 2004. L'ALLIANZ lui a versé des indemnités journalières à raison de 100% du 28 novembre 2003 au 1er décembre 2003, puis à 50% du 12 au 30 décembre 2003 et enfin à 100% dès le 31 décembre 2003.

9. Dans un courrier du 13 mai 2004 confirmant une communication du 30 avril 2004, l'ALLIANZ a informé l'assurée qu'elle ne lui verserait ses indemnités journalières qu'à raison de 50% dès le 5 mai 2004, puisque son médecin-conseil estimait qu'elle pouvait reprendre une activité professionnelle à 50%.

10. Le 10 juin 2004, l'assurée a demandé à l'ALLIANZ de réexaminer sa position et de lui verser des indemnités journalières à 100% avec effet rétroactif. Elle a joint à son courrier un certificat établi le 19 mai 2004 par le Dr D_____, médecin responsable du service de la douleur adulte de "établissement hospitalier"de Lyon, dans lequel il indiquait que l'assurée souffrait de fibromyalgie depuis plusieurs années et que son état de santé, qui nécessitait des perfusions de kétamine de manière continue au moyen d'une pompe ambulatoire, ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle.

11. Dans un courrier du 21 juin 2004, l'ALLIANZ a expliqué que son médecin-conseil, auquel elle avait à nouveau soumis le dossier, avait confirmé qu'une activité professionnelle était possible à 50%. Elle a par ailleurs rappelé que le Dr C_____, spécialisé dans les cas de fibromyalgie, était parvenu à la même conclusion au mois d'août 2003.

12. Le 28 juin 2004, l'assurée a demandé à l'ALLIANZ de mandater le Dr C_____ pour une nouvelle expertise, au motif que son état de santé s'était fortement péjoré depuis août 2003. Elle a par ailleurs signalé qu'elle n'avait reçu des indemnités journalières que pendant les 23 premiers jours du mois de mars 2004, alors que le Dr D_____ l'avait mise en arrêt de travail jusqu'au 29 mai 2004 selon certificat du 23 mars 2004.

    Le 5 juillet 2004, l'ALLIANZ a refusé de mettre en œuvre l'expertise requise par l'assurée.

13. L'assurée a déposé le 1er novembre 2004 une demande en paiement à l'encontre de l'ALLIANZ auprès du Tribunal de céans. Elle a fait valoir que son état de santé s'était péjoré, qu'elle suivait un traitement par kétamine et morphine administré à l'aide d'une pompe continue sous-cutanée afin d'atténuer ses douleurs et que le Dr D_____ avait considéré dans deux certificats des 12 août et 24 septembre 2004 qu'elle était dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle. Elle a conclu à ce que l'ALLIANZ soit condamnée à lui verser la somme de 6'443, 50 fr. avec intérêts à 5% dès le 6 mai 2004, c'est-à-dire à lui verser des indemnités journalières à 100% pour la période du 5 mai au 10 octobre 2004, date à laquelle

elle a épuisé son droit aux prestations de 723 jours, ainsi que pour la période du 24 au 31 mars 2004. A titre subsidiaire, elle a demandé qu'une expertise médicale soit mise en œuvre afin d'évaluer son état de santé et sa capacité de travail.

14. Invitée à se déterminer, l'ALLIANZ a déclaré le 28 janvier 2005 qu'elle contestait les faits allégués par l'assurée dans la mesure où ils n'étaient pas conformes aux siens. Elle a indiqué en particulier que le solde de 8 jours d'indemnités journalières correspondant à la période du 24 au 31 mars 2004 avait été réglé le 30 mars 2004. Elle a conclu principalement à la suspension de la cause jusqu'à droit jugé dans la procédure pendante, devant le Tribunal des conflits, et subsidiairement, à l'irrecevabilité de la demande, au motif que le Tribunal cantonal des assurances sociales n'était pas compétent en matière d'assurance perte de gain en cas de maladie proposée par des assureurs privés. Elle a pour le surplus renoncé à se déterminer sur le fond.

15. Par arrêt incident du 22 février 2005, le Tribunal de céans a ordonné la suspension de la cause.

16. L'instance a été reprise le 13 octobre 2005 à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal des conflits en date du 26 août 2005 confirmant la compétence du Tribunal des assurances sociales en matière d'assurances complémentaires. Un délai a été imparti à l'ALLIANZ pour produire sa réponse et son dossier.

17. Dans sa réponse du 2 décembre 2005, l'ALLIANZ a conclu au rejet de la demande de l'assurée. Elle a indiqué que le traitement au moyen de la pompe continue sous cutanée avait pour but d'atténuer les douleurs de l'assurée pour lui permettre de mener une vie normale et non de l'entraver dans ses activités. Elle a également relevé qu'aucun élément objectif ne lui avait été communiqué par le Dr D_____ concernant l'aggravation de l'état de santé de l'assurée dont celle-ci avait parlé à plusieurs reprises. Selon elle, l'appréciation que ce médecin avait faite de la capacité de travail de l'assurée correspondait à une approche qui avait tendance à surmédicaliser le patient sans aboutir à beaucoup de résultats. Il convenait donc de se fonder sur les appréciations de son médecin-conseil et du Dr C_____ dont la pratique, qui visait à ne pas couper la personne du monde actif, donnait d'assez bons résultats. Elle a par ailleurs estimé que la prise en charge de l'assurée avait été très favorable à celle-ci, puisque de longues périodes avaient été indemnisées à 100%, alors que le service médical régional de l'assurance-invalidité avait considéré, suite à la demande de l'assurée visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, que sa capacité de travail exigible était de 50% depuis octobre 2002. Pour le surplus, elle a expliqué qu'une nouvelle expertise judiciaire n'aurait aucune valeur, puisqu'elle interviendrait avec un décalage d'un an et demi par rapport à la période litigieuse.

18. Dans sa réplique du 16 janvier 2006, l'assurée a relevé que le médecin-conseil de l'ALLIANZ ne s'était fondé que sur son dossier pour évaluer son incapacité de travail en mai 2004, puisqu'il ne l'avait pas revue depuis février 2003. Elle a également souligné le fait que le Dr E_____, qui avait estimé qu'une nouvelle expertise n'était pas utile, n'avait pas reçu les renseignements nécessaires qu'il avait demandés au Dr D_____ lorsqu'il avait estimé qu'elle était capable de travailler à 50%. Selon elle, l'avis du Dr E_____ était d'autant moins fiable qu'il s'était déjà trompé une fois en février 2003 quand il avait estimé qu'elle pouvait reprendre une activité à plein temps, alors que le Dr C_____ avait conclu à une capacité de travail de 50%. Elle a de plus considéré qu'il n'était pas possible d'affirmer que les rapports des Dr. B_____ et A_____ avaient moins de poids que ceux du Dr E_____ au motif que ces médecins étaient de simples généralistes peu qualifiés pour diagnostiquer une fibromyalgie, puisque ce dernier l'était également. Enfin, le simple fait que le Dr E_____ soit le médecin-conseil de l'ALLIANZ suffisait à remettre en cause la valeur probante de ses avis. L'assurée a en revanche estimé que les rapports du Dr D_____ avaient valeur probante, puisqu'ils avaient été établis sur la base d'examens complets et réguliers et qu'ils émanaient d'une structure hospitalière parfaitement neutre. Elle a à cet égard fait remarquer que ce praticien était le médecin qui l'avait prise en charge dans le cadre de son hospitalisation et non son médecin traitant. Elle a pour le surplus expliqué que l'expertise réalisée le 18 août 2003 par le Dr C_____ ne pouvait pas être prise en compte pour évaluer sa capacité de travail pendant la période litigieuse, puisqu'elle avait été effectuée un an auparavant.

    S'agissant de la période du 6 mai au 10 octobre 2004, l'assurée a souligné le fait qu'elle était totalement incapable de travailler, conformément aux certificats du Dr D_____. Elle a relevé que celui-ci avait constaté dans son courrier du 20 avril 2004 qu'elle souffrait depuis plusieurs années d'une fibromyalgie accompagnée de douleurs multiples et d'un handicap locomoteur, qu'il n'y avait à cette époque pas de traitement efficace et que son état nécessitait une aide ménagère. Selon elle, il était dans ces circonstances difficilement concevable qu'elle ait pu exercer son métier de coiffeuse. L'assurée a par ailleurs insisté sur le fait que le Dr D_____ la considérait comme incapable de travailler, l'allusion à la perfusion continue n'étant qu'un exemple pour attester du sérieux de son mauvais état de santé et de la lourdeur des moyens mis en œuvre pour la soulager.

    Pour le surplus, l'assurée a annoncé qu'elle avait fait opposition à la décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qui lui avait octroyé une demi-rente; la procédure était pendante. Elle allègue par ailleurs que les indemnités journalières dues pour la période du 24 au 31 mars 2004 ne lui ont pas été payées. Elle ne disposait à cet égard que d'un relevé pour les prestations versées pour le début de ce mois.

19. Dans sa duplique du 30 janvier 2006, l'ALLIANZ a expliqué que l'assurée n'avait pas apporté d'élément valable au niveau médical pour prouver qu'une aggravation de son état de santé était intervenue dès fin décembre 2003. En effet, le Dr A_____ avait fait état d'une capacité de travail de 50% dans son rapport du 2 décembre 2003 et il l'avait confirmée le 27 janvier 2004, tout en signalant une prise en charge spécialisée à Lyon. L'ALLIANZ a de plus relevé que le Dr D_____ s'était borné dans ses courriers des 5 avril et 5 mai 2004 à confirmer le diagnostic de fibromyalgie et à faire quelques déclarations d'ordre général sur cette pathologie sans indiquer de manière détaillée en quoi les douleurs invoquées empêchaient l'assurée d'exercer une quelconque activité professionnelle. Elle a par ailleurs estimé que ce médecin aurait dû tirer les conséquences qui s'imposaient quant à l'adéquation de sa thérapie, lorsqu'il avait constaté qu'elle n'agissait toujours pas après plusieurs mois. Selon elle, son médecin-conseil avait ainsi estimé à juste titre que les conclusions de l'expertise rhumatologique devaient être maintenues, puisque l'assurée continuait à souffrir de la même affection, laquelle, selon le Dr C_____, n'était pas propre à entraîner une incapacité totale de travail. Pour le surplus, l'ALLIANZ a précisé qu'il n'était pas d'usage de faire procéder à des expertises à intervalles réguliers, sauf dans l'hypothèse où des éléments objectifs précis permettaient d'envisager une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

20. L'apport du dossier AI a été demandé. Il en ressort que l'OCAI a, par décision sur opposition du 31 mars 2006, confirmé l'octroi d'une demi-rente. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du Prof. F_____du Service de rhumatologie du Centre "établissement hospitalier"établi le 22 décembre 2005. Celui-ci y confirmait les diagnostics de trouble somatoforme douloureux depuis octobre 2002, d'état dépressif, de douleurs de la main droite sans rapport avec une affection organique et d'un status après sevrage de médicaments anesthésiques et morphiniques depuis novembre 2005. Il a constaté que sur le plan physique, aucune limitation n'était décelable, la patiente paraissait légèrement déprimée mais elle était entourée de l'affection de sa famille et notamment de son mari avec lequel elle semble bien s'entendre. Aussi a-t-il déclaré que la capacité de travail était de 100%, étant toutefois admis qu'elle pouvait être en réalité réduite de 50% eu égard à l'importance des plaintes. Il a précisé qu'il y avait incapacité de travail de 20% au moins depuis octobre 2002. Le Prof. F_____a conclu que la capacité de travail dans l'activité de coiffeuse était de 80% de laquelle il convenait de retrancher 30% de baisse de rendement.

21. Invité à se déterminer, le SMR constate que l'expert retient un taux de 50% (80 - 30) dès octobre 2002, ce qui corrobore le premier avis des Drs G_____et H_____du 24 janvier 2005, ainsi que l'expertise du Dr C_____ d'août 2003.

22. Après avoir transmis cette écriture aux parties, le Tribunal de céans a gardé la cause 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. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

   Ainsi que cela ressort de la lecture des travaux préparatoires, cette réforme vise à améliorer la situation des assurés qui, en cas de litige avec un assureur privé portant sur des prestations complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire ou à l'assurance-accidents obligatoire, peuvent désormais saisir le tribunal des assurances (cf. Mémorial du Grand Conseil 2001-2002, p. 98, relatif à l'art. 56G al. 1 let. g du projet de loi PL 8636, devenu l'art. 56V al. 1 let. c LOJ).

   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, ce que le Tribunal des conflits a confirmé dans son arrêt du 26 août 2005.

   En l'espèce, l'assurance en cause étant une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), la compétence du Tribunal cantonal des assurances sociales pour juger du cas d'espèce est établie.

3. Selon l'art 46 al. 1, 1ère phrase LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance.

   Interjetée devant la juridiction compétente le 1er novembre 2004 pour des prestations litigieuses dès le 5 mai 2004, la demande est recevable.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'ALLIANZ est tenue de verser à l'assurée des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale - et non seulement à une incapacité de 50% - pour la période du 5 mai au 10 octobre 2004.

5. Aux termes des conditions générales pour l'assurance-maladie collective (CG), édition 2000, figurant au dossier, ainsi que des conditions complémentaires pour l'indemnité journalière de maladie (CC), l'assuré a droit à des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie ou d'une infirmité ayant pour conséquence une perte de gain (art. 1 CC). Selon l'art. 3 CG, est réputée maladie toute atteinte involontaire à la santé qui requiert un traitement médical et qui n'est pas la conséquence d'un accident ou des suites d'un accident. L'indemnité journalière se calcule en fonction du degré de l'incapacité de travail attesté médicalement. Une incapacité de travail de moins de 25% ne donne pas droit à l'indemnité journalière (art. 4 CC). L'art. 4 CG précise qu'il y a incapacité de travail lorsque l'assuré est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre de lui.

6. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue les preuves de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Il doit cependant examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à sa 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 sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351).

   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).

   Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc

pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

7. En l'espèce, le Dr D_____ a établi plusieurs certificats médicaux relativement sommaires. En effet, mises à part une brève anamnèse, une énumération succincte des plaintes de l'assurée et une brève description du traitement qu'il a mis en place, ce médecin n'indique pas précisément sur quels éléments il s'appuie pour conclure que l'assurée est totalement incapable de travailler. Ce défaut d'indications objectives ne permet pas de constater que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et que ces appréciations sont fondées sur des examens complets. De plus, il convient d'admettre, contrairement à ce qu'affirme l'assurée, qu'il s'agit de son médecin traitant, puisqu'il la suit régulièrement depuis son hospitalisation au mois de janvier 2004 et qu'il s'occupe de son traitement. Il faut donc tenir compte du fait qu'un médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient de par sa position de confident privilégié, comme l'a retenu la jurisprudence. Les certificats de ce médecin ne doivent par conséquent pas se voir reconnaître pleine valeur probante.

8. S'agissant des avis du Dr E_____, médecin-conseil de l'ALLIANZ, il convient de relever que le simple fait qu'un médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Le Dr E_____ n'avait pas revu l'assurée, et ce depuis février 2003, lorsqu'il a estimé qu'elle pouvait reprendre une activité à 50% pendant la période litigieuse. Les courriers de l'ALLIANZ des 13 mai et 21 juin 2004 indiquent en effet que seul le dossier médical lui a été soumis. Selon la jurisprudence, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante, pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 345, 1988 n° U 56 p. 370 consid. 5b). Le fait que le Dr E_____ n'a pas revu l'assurée, comme celle-ci le relève, n'est donc pas à lui seul suffisant pour dénier toute valeur probante à ses avis. L'ALLIANZ a cependant indiqué dans sa réponse que le Dr D_____ n'avait communiqué à son médecin-conseil que quelques renseignements stéréotypés sur l'évolution difficilement prévisible de l'affection de l'assurée, alors que ce dernier lui avait demandé ses rapports d'hospitalisation. Il est permis de douter de la valeur probante des appréciations du Dr E_____, le dossier médical sur la base duquel il s'est déterminé n'étant à l'évidence pas complet, cela d'autant plus que l'assurée avait allégué que son état de santé s'était fortement péjoré depuis qu'il l'avait examinée. Les avis de ce médecin n'ont par conséquent pas valeur probante non plus.

9. Le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a quant à lui rendu une expertise établie sur la base d'un examen clinique de l'assurée. Pour ce faire, il a étudié l'ensemble du dossier comprenant notamment les rapports des médecins l'ayant examinée dans le passé. Lors de l'examen qu'il a pratiqué, il a été attentif aux plaintes émises par l'assurée et à sa situation actuelle. Une anamnèse a également été réalisée. L'état de santé de l'assurée a ainsi fait l'objet d'un examen complet et approfondi et ce médecin a pris soin de motiver son appréciation, de sorte que le diagnostic a été établi en pleine connaissance de cause. Le rapport d'expertise satisfait donc à tous les critères jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Toutefois, le Dr C_____ a réalisé son expertise le 18 août 2003, c'est-à-dire un an environ avant la période litigieuse. Or l'assurée a été mise en arrêt total de travail depuis le 31 décembre 2003 et des indemnités journalières à 100% lui ont été versées dès ce moment. Il est dès lors probable qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée soit apparue à cette période. Force est de constater que le Dr C_____ n'a pas pu se prononcer sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était modifié depuis août 2003, de sorte que son expertise doit être écartée.

10. Au vu de ce qui précède, il y aurait lieu d'envisager la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Toutefois, une telle instruction complémentaire ne serait pas satisfaisante, car l'expert ne pourrait examiner l'assurée que deux ans après la période litigieuse. Il ne serait dans ces conditions pas en mesure d'apprécier l'existence d'une incapacité de travail à une époque où il n'a pas examiné l'assurée et il ne pourrait que se prononcer sur la base des pièces médicales figurant déjà au dossier.

11. En revanche, dans le cadre de la procédure AI, mandaté par l'OCAI, le Prof. F_____a examiné la patiente le 19 décembre 2005 et établi un rapport d'expertise le 22 décembre 2005. Il en ressort que l'incapacité de travail de l'assurée est de 50%.

Il y a ainsi lieu de constater que les conclusions du Dr C_____ d'août 2003 et celles du Prof. F_____ de décembre 2005, sont identiques. Force en conséquence est de constater que c'est à juste titre que l'ALLIANZ a versé à l'assurée des indemnités journalières à raison de 50% dès le 5 mai 2004.

12. Le litige porte également sur la question de savoir si l'ALLIANZ a versé à l'assurée des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale pour la période du 24 au 31 mars 2004.

13. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent 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). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

14. En l'espèce, l'assurée a affirmé que l'ALLIANZ ne lui avait pas versé ses indemnités journalières du 24 au 31 mars 2004 et qu'elle ne disposait que d'un relevé pour la période du 1er au 23 mars 2004. L'ALLIANZ a quant à elle expliqué que le solde de 8 jours d'indemnités journalières avait été réglé le 30 mars 2004.

    Il ressort du dossier que l'ALLIANZ a effectivement établi un décompte intermédiaire de prestations le 30 mars 2004 portant sur le versement d'indemnités journalières à 100% pour la période du 24 au 31 mars 2004. Ce décompte porte le numéro 13, alors que celui du début du mois de mars 2004, daté du 22 mars 2004, a le numéro 12 et celui du mois d'avril le numéro 14. Ces relevés ont donc été établis chronologiquement et ils couvrent une période continue. En outre, il n'est pas contesté que l'ALLIANZ a versé à l'assurée des indemnités journalières du 16 octobre 2002 au 10 octobre 2004, lorsque celle-ci y avait droit. Seule la période du 24 au 31 mars 2004 est à cet égard litigieuse. Enfin, il est tout à fait possible que l'assurée ait simplement égaré cette pièce.

15. Au vu de ces éléments, il convient d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que l'ALLIANZ a effectivement versé des indemnités journalières à l'assurée pour la période du 24 au 31 mars 2004, conformément au décompte intermédiaire de prestations qu'elle a établi le 30 mars 2004.

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. La rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le