RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/455/2006 **ATAS/1120/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 6 décembre 2006

En la cause A/455/2006

Madame B_____, domiciliée , THOIRY, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEGEVAND Bruno, place Claparède 3, GENEVE — demanderesse

contre

HELSANA ASSURANCES COMPLEMENTAIRES SA, sise Florastrasse 14, DUBENDORF — défenderesse

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE — appelé en

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

cause

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1955, travaille depuis le 1er mars 1989 en qualité de coiffeuse dans le salon de coiffure X_____. Dans ce cadre, elle était assurée auprès d'HELSANA ASSURANCES SA pour une assurance indemnités journalières en cas de maladie et d'accident, selon la loi fédérale sur le contrat d'assurances (LCA). La couverture d'assurance s'élevait à 80% du salaire assuré, après un délai de trois jours pour une durée maximale de 730 jours (cf. pièce 5 du chargé de la demanderesse).

2. En date du 28 juillet 2004, l'employeur a déclaré à l'assurance que son employée présentait une incapacité totale de travail depuis le 9 juillet 2004, en raison d'une polyartrithe de l'épaule droite.

3. Dans un rapport du 5 août 2004, le Dr A_____, médecin traitant généraliste, a diagnostiqué une tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 juillet 2004, mais la patiente présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

4. En date du 27 septembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

5. Dans un rapport du 17 novembre 2004, le Dr B_____, médecin du Groupe de chirurgie orthopédique et traumatologie, a diagnostiqué un syndrome de conflit et une arthrose acromio-claviculaire à droite. L'assurée avait bénéficié d'une acromio-plastie en date du 21 octobre 2004 et présentait toujours une incapacité totale de travail.

6. Par courrier du 7 décembre 2004, l'assurance a informé son assurée que les indemnités journalières ne lui seraient allouées que pendant une période de quatre mois dès l'inscription auprès de l'assurance-invalidité, soit jusqu'au 27 janvier 2005. En effet, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) avait jugé que l'assurance-invalidité devait verser des indemnités journalières d'attente dès le cinquième mois après inscription auprès de l'OCAI, et dès lors, l'assurance perte de gain n'avait plus à intervenir.

7. Par courrier du 9 mars 2005, l'assurée a contesté la suppression des indemnités journalières, étant donné qu'elle présentait toujours une incapacité totale de travail suite à son opération du 21 octobre 2004.

8. Par courrier du 22 avril 2005, l'assurance a répondu à son assurée qu'elle pouvait dès le 28 janvier 2005 rechercher une activité adaptée à son état de santé.

9. Divers échanges de courriers ont eu lieu entre les parties, qui ont campé chacune sur leur position. En outre, l'assurée a demandé à plusieurs reprises à pouvoir consulter son dossier, sans obtenir de réponse de la part de l'assurance.

10. En date du 9 février 2006, l'assurée a déposé une demande en paiement devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, au paiement d'indemnités journalières au-delà du 27 janvier 2005, à la condamnation de l'assurance au montant de 21'335 fr. 60 à titre d'indemnités journalières pour la période du 28 janvier au 31 décembre 2005, avec intérêts à 5% dès le 15 juillet 2005, ainsi qu'à l'octroi d'indemnités journalières à partir du 1er janvier 2006 avec intérêts à 5%. Elle a fait valoir qu'elle présentait une incapacité totale de travail, que l'assurance-invalidité n'était toujours pas intervenue en sa faveur et que l'assurance perte de gain devait verser les indemnités conformément au contrat conclu. C'était sans fondement que la défenderesse avait mis fin à ses prestations, car l'assurance-invalidité n'avait aucune influence sur un contrat de droit privé passé entre deux parties. Enfin, elle a souligné l'attitude dilatoire de l'assurance, qui ne lui avait transmis son dossier qu'après de nombreuses demandes.

11. Dans sa réponse du 20 avril 2006, la défenderesse a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que le Dr A_____, dans son rapport du 5 août 2004, avait attesté que la patiente était apte à travailler dans une activité adaptée. Ainsi, trois mois après l'intervention du 21 octobre 2004, il fallait considérer que l'assurée était entièrement capable de travailler dans une profession adaptée. Elle se devait dès lors de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail et c'était donc à juste titre que les prestations avaient été interrompues. De surcroît, l'art. 22.1 des conditions générales d'assurance (ci-après les CGA) prévoyait que les prestations d'indemnités journalières étaient accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP. Enfin, elle a rappelé que, dès lors que le droit à l'indemnité journalière en matière d'assurance-invalidité existait, l'obligation d'allouer des prestations de l'assureur perte de gain s'éteignait. Ce n'était que si l'assurance-invalidité refusait le droit à un reclassement professionnel, soit refusait l'octroi d'indemnités, que l'obligation de l'assureur perte de gain renaissait.

12. Par arrêt du 7 juillet 2006 (ATAS/538/2006), le Tribunal de céans a appelé en cause l'OCAI.

13. Dans sa détermination du 19 septembre 2006, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il n'était pas encore en mesure de se prononcer relativement à la question des indemnités journalières, car le dossier de l'assurée se trouvait à

l'étude auprès de son service de réadaptation professionnelle. Enfin, il a transmis une copie de son dossier, dans lequel se trouvait un rapport du Dr B_____ du 12 avril 2004, qui attestait d'une capacité de travail entière dès le 1er mai 2004 (recte : 2005) dans une activité adaptée sans effort ni de port de charges avec les membres supérieurs.

14. Dans une réplique du 27 septembre 2006, la demanderesse a relevé qu'elle ne touchait d'indemnités journalières ni de son assurance perte de gain ni de l'assurance-invalidité et qu'elle se trouvait de ce fait sans source de revenu.

15. Sur ce, les différents 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. L'art. 56V al. 1 let. c LOJ - entré en vigueur le 1er août 2003 - confère au Tribunal cantonal des assurances sociales 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, ainsi que l'a confirmé le Tribunal des conflits (arrêt du Tribunal des conflits du 26 août 2005, n° 55/2005, consid. 2c). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) a subi des modifications, en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Cependant, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants.

4. La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au Code des obligations (CO) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat et doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Comme pour tous les contrats, lorsque la volonté intime et concordante des parties ne peut être établie, il convient de rechercher leur volonté présumée en interprétant leurs déclarations selon le principe de la confiance, compte tenu de l'ensemble des circonstances dans lesquelles elles ont été émises (ATF 122 III 118 consid. 2a et les arrêts cités). Il faut rechercher quel sens les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques. A cet égard, la jurisprudence récente a nuancé le principe selon lequel il y a lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre les parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte "clair", on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b). Il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat, chaque clause contractuelle devant être interprétée à partir du contrat dans son ensemble (ATF 117 II 609 consid. 6c/bb p. 622). Une clause d'exclusion de couverture doit être interprétée restrictivement (ATF 118 II 342 consid. 1 p. 345). Enfin, selon le principe in dubio contra stipulatorem, les clauses ambiguës contenues dans les contrats préformulés sont, dans le doute, à interpréter en défaveur de la partie qui les a rédigées (ATF 124 III 155 consid. 1b; 122 III 118 consid. 2a).

5. L'incapacité d'exercer une activité professionnelle suppose l'instruction de faits d'ordre médical. 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).

6. a) Est litigieuse la question de savoir si la défenderesse était légitimée à supprimer le versement de ses prestations à partir du 28 janvier 2005.

   b) Préalablement, il convient de déterminer quelles sont les conditions générales d'assurance (ci-après les CGA) applicables aux rapports contractuels entre les parties.

Selon l'art. 35 LCA première phrase, si, pendant la durée du contrat, les CGA des contrats de même genre sont modifiées, le preneur d'assurance peut exiger que le contrat soit continué aux conditions nouvelles. La seule communication au preneur d'assurance de nouvelles CGA constitue un acte unilatéral qui ne peut modifier le contrat d'assurance conclu entre les parties (TF RBA IV n° 16).

En l'occurrence, les nouvelles CGA, édition du 1er janvier 2004, ont été communiquées au preneur d'assurance (cf. art. 36 CGA) et il n'apparaît pas que celui-ci ait refusé leur application. Ce sont donc ces nouvelles CGA - dont le contenu pour les questions qui concernent la présente procédure est identique à celui des anciennes CGA, malgré une rédaction différente - qui sont applicables aux rapports contractuels entre les parties.

c) Aux termes des CGA, l'obligation de verser des prestations commence après l'écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Ce délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cependant trois jours avant le début du traitement médical (art. 15 CGA). HELSANA verse l'indemnité journalière par sinistre pendant la durée de prestations mentionnée dans la police, après déduction du délai d'attente convenu (art. 17.1, première phrase CGA). Le concours avec des prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée. La limite correspond au montant des prestations assurées selon l'art. 6.1 et 6.2 des CGA (revenu lucratif assurable). Les prestations d'indemnités journalières sont accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP. De ce fait, l'obligation d'HELSANA de verser des prestations se limite à la différence entre les prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP et la limite de surindemnisation indiquée précédemment (art. 22.1 CGA). HELSANA réclame directement auprès de l'assurance-invalidité fédérale le remboursement des prestations qu'elle accorde en prévision d'une rente d'invalidité, à compter du début du versement de la rente. Le montant demandé en restitution correspond au montant de la surindemnisation selon l'art. 22.1 CGA. En présence d'une assurance d'indemnités journalières auprès d'un assureur privé pour la maladie ou l'accident, la part d'HELSANA est proportionnelle. Font exception les prestations d'assurances de sommes (art. 22.2 CGA).

d) En l'occurrence, l'intimée fait tout d'abord valoir qu'elle n'est tenue au versement d'indemnités journalières, lorsque l'assuré s'est annoncé auprès de l'assurance-invalidité, que pendant 4 mois, soit jusqu'à l'obligation légale de l'assurance-invalidité de verser des indemnités journalières selon l'art. 18 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) et ce en conformité de la jurisprudence du TFA. Par ailleurs, elle soutient que l'assurée, présentant une capacité résiduelle de travail entière, se devait de diminuer le dommage en trouvant un emploi adapté à ses capacités fonctionnelles.

e) A la lecture des CGA, il n'apparaît nullement que l'intimée pouvait supprimer le versement de ses indemnités journalières, alors que l'assurée présentait une incapacité totale de travail. En effet, la première phrase de l'art. 22.1 CGA est claire: le concours avec des prestations de différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne assurée. La limite correspond au montant des prestations assurées selon l'art. 6.1 et 6.2 des CGA (revenu lucratif assurable). Cette clause fait ainsi mention de surindemnisation et permet à l'assurance de demander en restitution à l'assuré ou à l'assurance sociale le montant de la surindemnisation. Elle ne l'autorise pas de cesser le versement de ses prestations dans l'attente de l'intervention d'une assurance sociale. La seconde phrase de l'art. 22.1 CGA dispose que les prestations d'indemnités journalières sont accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP et que l'obligation d'HELSANA de verser des prestations se limite à la différence entre les prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP et la limite de surindemnisation indiquée précédemment (art. 22.1 CGA). Cette seconde phrase peut paraître ambiguë, mais ne saurait être comprise dans le sens qu'elle permettrait à l'assurance de surseoir au versement de ses prestations dans l'attente de l'intervention d'une assurance sociale. En effet, l'on ne voit pas comment la défenderesse pourrait elle-même déterminer quand et à quelles conditions l'assurance sociale doit intervenir. Elle a d'ailleurs erré en prétendant que son assurée avait droit à des indemnité journalières de l'assurance-invalidité depuis le 27 janvier 2005. En effet, la demanderesse ne présente de capacité résiduelle de travail que depuis le 5 mai 2005, ce qui signifie qu'avant cette date, elle n'était pas apte à entreprendre des mesures de réadaptation dans le cadre de l'assurance-invalidité et n'avait pas droit à des indemnités journalières au sens de l'art. 18 RAI.

f) La défenderesse invoque par ailleurs l'ATF 129 V 460. Elle déduit du considérant 4.4 de cet arrêt que, lorsque le droit à l'indemnité journalière d'attente de l'assurance-invalidité existe, l'obligation de l'assureur perte de gain s'éteint. Ce n'est que si l'assurance-invalidité refuse finalement le droit à un reclassement, que le droit à l'indemnité journalière de l'assureur perte de gain reprend.

Toutefois, une telle interprétation ne saurait être retenue. En effet, notre Haute Cour n'a pas jugé qu'il appartenait à l'assureur perte de gain de décider si les conditions pour le droit aux indemnités d'attente de l'assurance-invalidité étaient remplies et que, dans l'affirmative et indépendamment de l'octroi réel de telles prestations, il avait le droit de supprimer ses prestations. Au contraire, le TFA indique clairement que lorsque des mesures professionnelles ne sont pas sérieusement envisagées et que le droit aux indemnités journalières d'attente est refusé pour cette raison, le droit de l'assuré aux indemnités journalières de l'assureur perte de gain reprend ("Werden demgegenüber Massnahmen der Invalidenversicherung nicht ernsthaft ins Auge gefasst, und wird daher ein Anspruch auf Wartetaggelder abgelehnt, besteht der Anspruch auf Krankentagegelder weiter."). Si le TFA a néanmoins considéré dans le cas qui lui était soumis, que l'assuré n'avait pas satisfait à son

obligation de diminuer le dommage, il l'a motivé par le fait que l'assuré, tant qu'il ne savait pas s'il avait droit aux indemnités journalières d'attente de l'assurance-invalidité, devait chercher un travail dans une activité adaptée. Il ne pouvait pas se soustraire à cette obligation en invoquant le fait qu'il était en attente de mesures de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, il convient également de relever que l'arrêt susmentionné concernait une assurance perte de gain maladie selon la LAMal et non une assurance perte de gain privée selon la LCA. Or, l'on ne saurait transposer, sans indications spécifiques du TF, une jurisprudence applicable à l'assurance sociale d'indemnités journalières - rendue par le TFA - à une assurance de droit privé.

Ainsi, au vu des CGA et de la jurisprudence précitée, les prestations de la défenderesse ne sauraient dépendre du droit théorique de la demanderesse aux indemnités journalières d'attente de l'assurance-invalidité. Il convient par conséquent de constater que la défenderesse n'était pas fondée à supprimer le versement de ses prestations en faveur de l'assurée au motif que l'assurance-invalidité aurait dû intervenir dans les quatre mois dès son inscription.

7. a) Aux termes de l'art. 61 al. 1, 1ère phrase LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. Dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 qui concernait comme en l'espèce une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (ATF non publié 5C.176/1998 du 23 octobre 1998, consid. 2c), le Tribunal fédéral (ci-après le TF) a considéré que l'art. 61 LCA était l'expression du même principe général dont il déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Selon la jurisprudence du TF, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF non publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, consid. 3a).

b) En l'occurrence, le Dr B_____ a attesté d'une capacité résiduelle entière dans une activité adaptée à partir du 5 mai 2005. Cependant, comme le TF l'a rappelé, l'assurance doit avertir son assuré qu'il a à disposition un délai convenable (de trois à cinq mois) pour rechercher un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. En l'espèce, lorsque la défenderesse a informé son assurée, le 7 décembre 2004, de la suppression des indemnités dans un délai de 4 mois, elle ne

l'a nullement avertie de son obligation de mettre ce temps à profit pour chercher un travail adapté. Ce n'est que par courrier du 22 avril 2005 que l'assurance a relevé que son assurée était en mesure, dès le 28 janvier 2005, de rechercher une activité adaptée à son état de santé, étant donné sa disponibilité sur le marché du travail. Il convient donc de constater que depuis le 22 avril 2005, la demanderesse n'ignore plus qu'elle doit rechercher un travail adapté à ses limitations fonctionnelles. Cependant, à cette date, elle présentait encore une incapacité totale de travail et le délai convenable que l'assurance doit laisser à son assuré pour rechercher un travail adapté ne peut courir qu'à partir du 5 mai 2005, date à laquelle la demanderesse a recouvré une capacité résiduelle de travail. Partant, il y a lieu de lui laisser un délai convenable de cinq mois, compte tenu de son âge et du changement de profession exigé, depuis le 5 mai 2005. Ainsi, la défenderesse doit être tenue de verser des indemnités journalières, sur la base de la police d'assurance, jusqu'au 5 octobre 2005.

8. Enfin, la demanderesse sollicite le versement d'intérêts moratoires.

La LCA qui régit le contrat en cause règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance: celle-ci est échue 4 semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n° 9 ad art. 104 CO).

L'art. 24.1, première phrase CGA reprend l'art. 41 al. 1 LCA, stipulant que la prestation d'assurance est due au plus tard dans un délai de quatre semaines, à partir du moment où HELSANA a reçu les documents nécessaires pour déterminer son obligation de verser des prestations.

b) En l'espèce, le contrat liant les parties ne prévoit pas le délai dans lequel les remboursements doivent être effectués, de sorte que la créance est échue quatre semaines après la réception des renseignements, conformément à l'art. 41 LCA. Dès lors, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires à la demanderesse qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celle-ci (art. 102 al. 1 CO), soit dès le 9 mars 2005. C'est en effet à cette date que la demanderesse a envoyé un courrier à

l'assurance, la mettant en demeure de payer les prestations dues. Les intérêts moratoires seront donc dus depuis le 10 mars 2005 pour les prestations dues jusqu'à fin janvier 2005, et, pour les prestations subséquentes, dès la fin du mois suivant celui pour lequel les indemnités sont exigibles (par exemple pour le mois de février dès le 1er avril, etc.)

9. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la demande doit être partiellement admise.

10. La demanderesse obtenant gain de cause aura droit à des dépens.

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 partiellement.

3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse des indemnités journalières du 28 janvier 2005 jusqu'au 5 octobre 2005, sur la base de la police d'assurance, avec intérêts à 5% au sens des considérants.

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

5. 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 :
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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