

## **GE\_GERICHTE A/2136/2009 vom 17. Juni 2010**

GE Cour de justice, 2010-06-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2136\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2136_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/2136/2009 du 17 juin 2010

IT: GE\_GERICHTE A/2136/2009 del 17 giugno 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.06.2010  
A/2136/2009

A/2136/2009 ATAS/718/2010 du 17.06.2010 ( LCA ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2136/2009 ATAS/718/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 17 juin 2010 En la cause Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Philippe EIGENHEER demanderesse contre GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, sis rue du Nord 5, MARTIGNY MUTUEL ASSURANCES, sise 20, avenue de la Gare, SION défenderesses EN FAIT B \_\_\_\_\_ (née en 1955) est une commerçante indépendante qui exploitait, seule, une boutique de cadeaux, jusqu'à fin 2007. Depuis le 1<sup>er</sup> août 1999, elle est liée par un contrat d'assurance complémentaire pour indemnités journalières en cas de maladie et accident, auprès du Groupe MUTUEL Assurances GMA SA (ci-après : MUTUEL ASSURANCES ou la caisse), au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA). Arrivé à échéance le 31 décembre 2008, ledit contrat n'a apparemment pas été renouvelé, n'étant par ailleurs pas tacitement reconductible. Le contrat prévoyait que les indemnités journalières étaient versées après un délai d'attente de 60 jours, jusqu'à 720 jours au maximum. Le montant journalier assuré était de 100 fr. Selon les Conditions générales d'assurance (CGA), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> août 2008, l'assureur allouait des indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue par la police d'assurance ; celle-ci ne pouvait excéder 600 fr. par jour (art. 8 al. 1 let. b CGA). En cas d'incapacité de gain, les prestations étaient fixées proportionnellement au degré d'incapacité de gain. Elles étaient toutefois accordées en entier si le taux d'incapacité de gain était égal ou supérieur à 66 2/3 % (art. 8 al. 1 let. c). Il y avait incapacité de gain lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée n'était totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative raisonnablement exigible (art. 4 al. 4 CGA). En cas de versement de prestations par un tiers, l'assureur les complétait, après le délai d'attente, jusqu'à concurrence de la perte de gain effective, mais au plus jusqu'au montant assuré (art. 12 al. 1 CGA). L'assureur se réservait en outre le droit d'exiger les pièces comptables à même de justifier la perte de gain survenue au moment de l'incapacité (art. 15 ch. 2 CGA). Depuis 2002, l'assurée présente des douleurs lombaires. Le 2 juillet 2007, suite à un faux mouvement, les douleurs ont brusquement augmenté. Le 9 juillet suivant, elle a consulté le Dr L \_\_\_\_\_, généraliste traitant. Dans un rapport du 9 mai 2008, ce praticien a attesté que sa patiente avait subi un empêchement de travailler de 50% du 2 juillet au 1<sup>er</sup> octobre 2007, puis de 75% du 2 au 30 octobre 2007. Du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 9 mai 2008, son incapacité de travail était de 50%. Dès le 10 mai 2008, la patiente avait retrouvé une capacité de travail entière. Selon un rapport radiologique du 25 juillet 2007, établi par le Dresse M \_\_\_\_\_, la patiente

présentait un canal lombaire étroit, une lyse isthmique L5 bilatérale avec antélisthésis L5 sur S1 et discopathies L4-L5 et L5-S1 associées à une diminution de taille des foramens de conjugaison, ainsi qu'une arthrose sacro-iliaque marquée à droite. Par courrier du 27 août 2007, suite à la transmission de sa « déclaration d'incapacité de travail », MUTUEL ASSURANCES a demandé à l'assurée de produire son dernier décompte de pertes et profits, ainsi que « son décompte AVS ou la déclaration fiscale ». Dans son rapport du 7 septembre 2007, destiné à l'assureur, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie droite. Dans le cadre de l'activité de vendeuse, le port de charges était limité, la station assise était « limitée dans le temps » par les fortes douleurs et la station debout était fortement algique. L'évolution était également « limitée dans le temps » et une limitation d'activité semblait nécessaire. Le médecin précisait avoir traité la patiente la première fois le 2 juillet 2007. Par courrier du 18 septembre 2007, MUTUEL ASSURANCES a requis une nouvelle fois de l'assurée la production de son dernier décompte de perte et profits, ou de son décompte AVS ou de sa déclaration fiscale. Dans une note manuscrite, reçue par la caisse le 21 septembre 2007, l'assurée a indiqué que son chiffre d'affaires brut (en 2006) était de 88'719 fr, ses frais généraux de 36'359 fr et ses « autres provisions » de 33'978 fr. Elle a également communiqué une déclaration d'impôt pour activité indépendante 2006 (première page) mentionnant en particulier un bénéfice net de 9'232 fr., ainsi qu'un avis de taxation pour 2006 retenant un chiffre d'affaires brut de 79'569, des frais généraux de 36'359 fr. et d' « autres provisions » de 33'978 fr., respectivement un bénéfice net de 20'252 fr. Par courrier du 28 septembre 2007, la caisse a évalué à 65 fr. 90 (ie : revenu net 2005 de 24'059 fr. : 365 jours) par jour la perte de gain subie par l'assurée, pour la période du 2 juillet au 31 août 2007. Elle a également annoncé le versement d'indemnités journalières correspondantes pour la période du 2 juillet au 31 août 2007. Le 5 octobre 2007, à la demande de la caisse, le Dr N\_\_\_\_\_, rhumatologue, a examiné l'assurée, en vue d'une expertise. Dans son rapport du 8 octobre 2007, cet expert a d'abord relevé que l'assurée était propriétaire d'un magasin de cadeaux et qu'elle avait décidé de remettre ce commerce, fin 2007, pour se tourner vers la vente de bijoux en gros. Il a en outre confirmé le diagnostic précité posé par le Dresse M\_\_\_\_\_, en y ajoutant celui de HTA essentielle traitée, et d'obésité. L'expertisée se plaignait d'une douleur à la fesse droite, augmentant en position debout ou assise. Le port de charge augmentait les douleurs. La nuit se passait bien et le matin, elle ne ressentait aucune douleur entre 8h. et 11h. Elle était sous Concor, Co Dafalgan, Titur et Tramal 100. L'expertisée se déplaçait, s'habillait, se déshabillait, montait et descendait les escaliers sans aucune difficulté. L'examen ostéoarticulaire était parfaitement dans la norme, ce qui était en contradiction avec l'historique clinique, « puisque l'arrêt de travail vient d'être augmenté à 75% le 2 octobre 2007 ». En particulier, la palpation et la percussion du rachis, respectivement de la fesse droite, ne déclenchaient aucune douleur. La mise sous tension et la palpation des sacro-iliaques étaient également sans douleurs. Sur le base de son examen clinique, le Dr N\_\_\_\_\_ a estimé que, l'expertisée était à nouveau apte à travailler à 100% dès le 15 octobre 2007. Cette dernière possédant un magasin de cadeaux, elle pouvait adapter son travail en fonction de la clientèle et se reposer lorsque le magasin était vide. Elle pouvait également changer régulièrement de position. Elle ne pouvait certes pas porter de charges de plus de 5 kilos, mais elle avait spontanément indiqué que « son compagnon s'occupait de tout ». Le pronostic était bon, si l'intéressée perdait du poids et faisait régulièrement de l'exercice. Par courrier (non daté) reçu le 10 octobre 2007, l'assurée a rectifié son compte de pertes et profits 2006, en ce sens qu'elle a ajouté un passif (stock) de 39'000 fr. et a

précisé que le montant de 33'978 fr. (« autres provisions ») correspondait au poste « achat de marchandises ». Par courrier du 18 octobre 2007, la caisse a informé l'assurée que, selon son médecin-conseil (Dr O \_\_\_\_\_, interniste), elle avait été jugée apte à reprendre son travail à 100% dès le 22 octobre 2007 et qu'elle lui verserait les indemnités journalières correspondantes jusque-là. Le même jour, la caisse a transmis une copie du rapport précité du Dr N \_\_\_\_\_ au Dr L \_\_\_\_\_, tout en informant le médecin-traitant que son médecin-conseil se ralliait aux conclusions de l'expert. Par courrier posté le 14 mai 2008, l'assurée a demandé à la caisse de revoir sa position. Elle a fait valoir que le Dr N \_\_\_\_\_ s'était trompé de diagnostic et que ses douleurs étaient toujours présentes. Le 12 novembre 2007, elle s'était rendue auprès du Dr P \_\_\_\_\_ (rhumatologue) pour établir une contre-expertise. Celui-ci avait posé le même diagnostic que le Dr N \_\_\_\_\_ et les douleurs étaient de plus en plus fortes. Son médecin-traitant, le Dr L \_\_\_\_\_, avait pris en compte l'avis de ces deux médecins et lui avait prescrit du Tilur et du Tramal, ainsi que des séances de physiothérapie. Ces traitements n'avaient jamais permis de diminuer les douleurs, lesquelles étaient persistantes, voire insupportables. Elle avait alors pris l'initiative de contacter le Dr Q \_\_\_\_\_ (neurochirurgien), lequel avait, lui, attentivement lu le scanner du 25 juillet 2007, et lui avait immédiatement prescrit des infiltrations, effectuées ensuite par le Dr M \_\_\_\_\_ (radiologue), de la clinique Générale de Beaulieu, en mars et avril 2008. Dans le même courrier, l'assurée a rectifié son compte de pertes et profits 2006, ayant omis d'y inclure le stock (actifs) de 39'000 fr. Elle a également joint une lettre du Dr M \_\_\_\_\_, du 2 mai 2008, selon lequel les infiltrations réalisées au niveau de la sacro-iliaque droite avaient permis de supprimer les douleurs. La patiente disait être libre de douleurs, ce qui ne lui était plus arrivé depuis de nombreux mois. « Il s'agissait donc bien d'une souffrance élective sacro-iliaque ». Satisfait des résultats, le Dr M \_\_\_\_\_ encourageait en outre la patiente à prendre en charge sa surcharge pondérale et à éviter les mouvements en rotation et flexion. Là-dessus, la caisse a demandé un second avis au Dr N \_\_\_\_\_. Dans un courrier du 2 juin 2008, l'expert a maintenu sa position, expliquant qu'il avait pris sa décision en intégrant les douleurs décrites, les résultats des investigations radiologiques, l'examen clinique, ainsi que le type d'activité professionnelle de l'assurée. L'expertisée avait décidé de remettre son commerce de cadeaux fin 2007 pour se tourner vers la vente de bijoux en gros. Cet examen était parfaitement normal. A cette occasion, il avait testé les articulations sacro-iliaques sans mettre en évidence de limitation ni de douleurs. La palpation de la fesse droite ne déclenchait aucune douleur. Par ailleurs, s'agissant du traitement entrepris (qui aurait pris fin le 9 mai 2008) et de la fréquence des consultations chez le médecin-traitant de l'assurée depuis novembre 2007, le Dr R \_\_\_\_\_ a estimé que la prise en charge lui semblait correcte, « puisque les douleurs ont disparu avec le traitement ». Le 18 juin 2008, la caisse a maintenu son refus d'allouer des prestations au-delà du 21 octobre 2007. Elle a également refusé de revoir le montant des indemnités journalières accordées. Sur la base des documents officiels transmis par l'assurée, à savoir le décompte AVS 2005 (revenu net : 24'059 fr.) et la déclaration fiscale 2006 (recte : avis de taxation fiscale) mentionnant un revenu net de 20'252 fr.), elle expliquait avoir tenu compte du seul décompte AVS, plus favorable à l'assurée. Par courrier Me Philippe EIGENHEER, du 6 mars 2009, l'assurée a mis la caisse en demeure de lui verser 11'909 fr.60. Elle a fait valoir que le contrat d'assurance prévoyait le versement d'une indemnité de 100 fr. (respectivement 50 fr. sur la base d'une incapacité de travail de 50%), et non pas de 65 fr. 90, et que les divers certificats médicaux établis par les Dr L \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ avaient attesté

une incapacité de travail de 50% jusqu'au 9 mai 2008. Selon elle, il convenait en outre d'inclure dans les calculs le stock, à hauteur de 39'000 fr., dûment retenu par l'administration fiscale. Elle a également produit une attestation du Dr Q \_\_\_\_\_ du 5 août 2008, selon lequel la patiente souffrait de problèmes cervicaux et lombaires importants. Son état de santé avait nécessité un arrêt de travail de 50% dès le 2 juillet 2007, « tout à fait justifié », jusqu'au 9 mai 2008 où, suite à des infiltrations, son état s'était amélioré et avait permis la fin du traitement médical. Le 5 mai 2009, afin de régler le litige à l'amiable, la caisse a proposé un versement complémentaire de 682 fr. 10, - montant calculé sur la base d'une indemnité journalière assurée de 100 fr. -, pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007. Le 14 mai 2009, l'assurée a refusé cette proposition. Dans un courrier du 19 mai 2009, le Dr L \_\_\_\_\_ a attesté avoir suivi la patiente dès juillet 2007 pour de fortes douleurs sciatiques à droite. Les différents traitements (AINS, antalgie, myorelaxants et Prednisone) n'avaient eu qu'un effet limité sur les plaintes. Sa capacité de travail avait été réduite à 50 % dès le 2 juillet 2007 et il avait fallu attendre avril 2008 pour enfin soulager la patiente par des infiltrations sacro-iliaques. Le 18 juin 2009, l'assurée a déposé une demande devant le Tribunal de céans à l'encontre de MUTUEL ASSURANCES, subsidiairement du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, tendant au paiement de 12'057 fr. 10, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, sous suite de dépens. Reprenant son argumentation précédente, la demanderesse a encore allégué que les Drs L \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_, « trois médecins spécialistes en maladies rhumatismales », s'accordaient pour dire qu'elle avait été empêchée de travailler à 50%. Il était en outre « constant que les Drs N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ se sont trompés dans leur diagnostic, puisque celui-ci prévoyait que la capacité de travail de Madame B \_\_\_\_\_ était de 100% ». Dans sa réponse du 20 août 2009, la caisse a conclu au rejet du recours. En substance, elle a relevé que l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_ revêtait pleine valeur probante. Par ailleurs, le droit à une indemnité journalière prévu par la police d'assurance perte de gain litigieuse était subordonné à ce que l'assurée subisse une perte effective sur le plan économique. Le fait que la police mentionnât une indemnité de 100 fr. par jour ne permettait pas de déduire le contraire, car cette somme correspondait au montant assuré par l'art. 8 ch. 1 let. b CGA, c'est-à-dire à la limite la plus élevée de la prestation en cas de sinistre. La fixation d'un tel montant n'empêchait pas que seul le dommage effectif soit couvert. Enfin, l'indemnité journalière de 65 fr. 90 avait été fixée en tenant compte des documents officiels remis. Dans sa réplique du 13 octobre 2009, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. Elle a en particulier reproché à la défenderesse d'avoir retenu que son compagnon pouvait l'assister en permanence en portant les objets lourds à sa place, sans s'être interrogée sur une « éventuelle activité professionnelle de ce dernier », qui l'empêcherait de passer ses journées dans la boutique. En outre, dans son avis complémentaire du 2 juin 2008, le Dr N \_\_\_\_\_ avait « avoué » que les douleurs n'avaient disparu qu'après la réalisation des infiltrations sacro-iliaques le 9 mai 2008. Par ailleurs, l'application des règles relevant de l'assurance contre les dommages n'était pas contestée. Dans le calcul de l'indemnité journalière, la défenderesse n'avait pas tenu compte de la déclaration fiscale 2006, mais uniquement du décompte AVS 2005. Or, selon ladite déclaration, ses revenus nets se montaient, pour cette année-là, à 66'787 fr., soit 9'232 fr. (bénéfice net) + 79'569 fr. (chiffre d'affaires brut) + 9'150 fr. (indemnités perte de gains reçues) + 2'640 fr. (allocations familiales) + Fr. 39'000 fr. (actifs commerciaux bruts) – 36'359 fr. (frais généraux) – 33'978 fr. (autres provisions). Ainsi, l'indemnité journalière devait théoriquement s'élever à 182 fr

par jour (66'787 fr. : 365 jours). Néanmoins, conformément au contrat d'assurance, celle-ci était limitée à 100 fr. par jour. Pour la période du 2 juillet au 1<sup>er</sup> octobre 2007 (incapacité de 50%), elle aurait ainsi dû percevoir une indemnité de 1'600 fr. (32 jours x 50 fr.). Du 2 au 21 octobre 2007 (incapacité de 75%) : 2'000 fr. (20 jours x 100 fr.). Du 22 au 31 octobre 2007 (incapacité de 75%) : 1'000 fr. (10 jours x 100 fr.). Du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 8 mai 2008 (incapacité de 50%) : 9'500 fr. (190 jours x 50 fr.). Le montant total des indemnités journalières auxquelles elle avait droit s'élevait ainsi à 14'100 fr. N'ayant perçu de l'assurance que 2'042 fr. 90 pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007, elle restait créancière du solde, soit 12'057 fr.10. Dans sa duplique du 20 novembre 2009 (transmise à la demanderesse le 4 décembre suivant pour information), MUTUEL ASSURANCES a maintenu sa position. Pour calculer l'indemnité journalière, elle s'était fondée uniquement sur le décompte AVS 2005, car seul ce document prouvait les revenus effectifs de l'assurée pour cette année-là. La déclaration fiscale ne permettait pas, en revanche, de déterminer précisément ce revenu, faute de précisions sur le montant des frais généraux, en particulier sur les frais fixes de l'assurée, ces derniers devant être seuls pris en compte, dès lors qu'ils constituaient également une charge en cas d'incapacité de travail. De plus, elle avait requis en vain de la demanderesse de lui fournir un décompte précis de ses revenus. Elle n'avait ainsi pas enfreint le droit fédéral en fixant à 65 fr. 90 l'indemnité journalière. Par ailleurs, l'expert N\_\_\_\_\_ n'avait pas tiré de conclusions en contradiction avec le diagnostic posé en conseillant à l'assurée d'adapter son travail en fonction de la clientèle et de se reposer lorsque le magasin était vide afin de lui permettre de ne pas augmenter ses douleurs. En effet, la jurisprudence permettait d'exiger d'un assuré, « avant de requérir des prestations », qu'il mette tout en oeuvre et de son propre chef pour mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, au besoin en faisant de gros efforts, en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Dans un courrier du 30 novembre 2009 (transmis à la demanderesse le 11 décembre suivant), MUTUEL ASSURANCES et GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA ont précisé qu'elles étaient deux entités distinctes (même si elles étaient toutes les deux membres du GROUPE MUTUEL, Association d'assureurs) et que la demanderesse était assurée uniquement auprès de MUTUEL ASSURANCES pour l'indemnité journalière par le biais du contrat collectif conclu par son employeur de l'époque. Dès lors, seule MUTUEL ASSURANCES avait la légitimation passive, si bien qu'il convenait de « rayer du rôle tout recours contre GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA ». A la requête du Tribunal, la demanderesse a précisé, dans une lettre du 14 janvier 2010, qu'elle exploitait sa boutique seule et n'avait donc pas d'employés. Elle a également communiqué deux décisions de cotisations AVS/AI/APG 2006 et 2007, fixant celles-ci à 10'127 fr (= 11'102 fr. moins 975 fr., compte tenu d'un capital investi de 39'000 fr.), respectivement à 11'521 fr. (= 12'571 fr. moins 1'050 fr. compte tenu d'un capital investi de 35'000 fr.). Par ailleurs, elle s'est déclarée d'accord avec la proposition de l'intimée de « rayer du rôle tout recours contre GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA ». Par envoi du 9 février 2010, la demanderesse a versé au dossier ses avis de taxation fiscale 2006 et 2007, retenant un bénéfice annuel net de 20'252, respectivement 14'671 fr., ainsi que des actifs commerciaux bruts de 39'000 fr., respectivement 35'000 fr. Dans ses déterminations du 22 mars 2010, MUTUEL ASSURANCES a expliqué que tant les cotisations AVS 2006 et 2007 que les avis de taxation 2006 et 2007 la confortaient dans sa position. En effet, compte tenu des décisions de cotisations AVS de 2005 à 2007, le revenu de l'assurée était de 24'059 fr. en 2005, 11'102 fr. en 2006 et 12'571 fr. en 2007. Les indemnités journalières versées se montaient à 9'150 fr. en 2006 et à 2'042 fr. 90 en 2007,

aucune indemnité journalière n'ayant été perçue en 2005. Lesdites indemnités n'étaient pas soumises à cotisations AVS, si bien qu'elles n'apparaissent pas dans les décomptes correspondants. En liant les décisions de cotisations AVS et les avis de taxation fiscale, la différence entre le bénéficiaire net déclaré par la demanderesse aux autorités fiscales et le revenu AVS correspondait au montant des indemnités journalières perçues. Etant donné qu'en 2005, la demanderesse n'avait pas subi d'incapacité de travail, cette année avait servi de référence pour le calcul du montant de l'indemnité journalière pour les années postérieures. Le montant du revenu journalier de l'assurée pour cette période était donc de 65 fr. 92 (24'059 fr. : 365 jours). En 2006, l'assurée avait été partiellement en incapacité de travail, ce qui avait eu pour conséquence que son revenu journalier ne s'était élevé plus qu'à 45 fr. 59 (11'102 fr. : 243,5 jours). En 2007, le revenu journalier était de 41 fr. 35 (12'571 fr. : 304 jours). La caisse avait donc été extrêmement généreuse en servant à la demanderesse une indemnité journalière de 100 fr. en 2006, alors que son revenu journalier ne se montait qu'à 45 fr. 59 ; il en était de même en 2007, puisque l'indemnité journalière versée se montait à 65 fr. 90 pour un revenu journalier de 41 fr. 35. MUTUEL ASSURANCES renonçait toutefois, à bien plaisir, à réclamer les montants perçus indûment. En outre, d'après ses avis de taxation fiscale, l'assurée avait réalisé un revenu plus élevé en 2006 qu'en 2007, alors qu'elle s'était trouvée en incapacité de travail plus longtemps en 2006. On pouvait en déduire que son activité professionnelle était moins soutenue en 2007. Dès lors, lorsque les aménagements conseillés à l'assurée par l'expert médical (ie : adapter son travail en fonction de la clientèle et se reposer lorsque le magasin était vide) étaient raisonnablement réalisables, étant donné que celle-ci travaillait comme indépendante. Dans ces conditions, c'était à juste titre qu'elle avait fixé le montant de l'indemnité journalière à 65 fr. 90 (en se basant sur la perte de gain effective) et qu'elle avait mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 21 octobre 2007, date à partir de laquelle la demanderesse avait récupéré une pleine capacité de travail. Par acte du 22 avril 2010, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de sa demande, faisant valoir qu'elle avait subi une incapacité de travail « bien après le 21 octobre 2007 ». En particulier, elle avait subi deux périodes d'incapacité de travail à 50% du 2 juillet 2007 au 1<sup>er</sup> octobre 2007, puis du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 9 mai 2008 (attestées par les Dr L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_). De plus, elle avait présenté une incapacité de travail de 75% du 2 au 21 octobre 2007, puis totale du 22 au 31 octobre 2007. La période d'incapacité du 22 octobre 2007 au 9 mai 2008 avait été confirmée par les trois médecins précités, contrairement au Dr N\_\_\_\_\_, lequel avait pourtant reconnu l'existence de fortes douleurs lombaires chez la demanderesse. Cette contradiction mettait en doute l'exactitude et le sérieux de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le montant de l'indemnité journalière maximum de 65 fr. 90 était totalement insuffisant, car basé uniquement sur la décision de cotisation AVS de 2007 de la défenderesse. Or, il convenait de tenir compte « en priorité » de la déclaration fiscale, retenant un revenu de 66'787 fr., soit une indemnité journalière maximale de 282 fr., étant néanmoins entendu que la proposition d'assurance et déclaration d'adhésion du 30 juillet 1999 fixait ladite indemnité à 100 fr. au plus. Dans ces conditions, MUTUEL ASSURANCES restait débitrice de 12'057 fr. 10 (soit 14'100 fr. moins 2'042 fr. 90, déjà versés). Dans un courrier du 11 mai 2010 (transmis le 14 mai suivant à la demanderesse pour information), MUTUEL ASSURANCES a réaffirmé que seul le décompte de la caisse de compensation AVS prouvait en l'espèce le revenu effectif de l'assurée, à savoir le revenu déterminant au sens de l'AVS. La déclaration fiscale de 2006 ne permettait pas de déterminer précisément ce revenu, car le montant des frais généraux

figurant sur le décompte de la demanderesse ne précisait pas les frais fixes, seuls susceptibles d'être pris en compte en l'occurrence, car constituant également une charge en cas d'incapacité de travail. Pour le surplus, elle a maintenu ses conclusions. A la demande du Tribunal, MUTUEL ASSURANCES, par courrier du 25 mai 2010 (communiqué le lendemain à la connaissance de la demanderesse), a indiqué qu'elle serait toujours disposée à payer à cette dernière, pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007, la somme complémentaire de 682 fr. 10 (sur la base d'indemnités journalières de 100 fr.), si le Tribunal de céans devait parvenir à la conclusion que les indemnités journalières n'étaient pas dues au-delà du 21 octobre 2007. Par courrier du 28 mai 2010, adressé spontanément au Tribunal, la recourante a versé au dossier, « en tant que de besoin, un tableau détaillé de ses frais généraux fixes ». EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Conformément à l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Ce délai peut être interrompu selon les règles générales du droit privé. La demande en paiement, déposée en temps utile et dans la forme requise (cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA), est ainsi recevable. D'entente entre les parties, il convient de rectifier la qualité des défenderesses, en ce sens que la demande est dirigée uniquement contre MUTUEL ASSURANCES, à l'exclusion du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA. L'objet du litige est double. Il porte, d'une part, sur le droit de la recourante à une indemnité journalière au-delà du 21 octobre 2007, et, d'autre part, sur le montant de l'indemnité journalière. Le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés (art. 85 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 17 décembre 2004 - LSA). Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains

types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le 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 prévention 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, on relèvera que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. C'est le lieu de rappeler que le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353), et autorisé sur un cas particulier. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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). En l'espèce, MUTUEL ASSURANCES a refusé d'allouer des indemnités journalières pour la période du 22 octobre 2007 au 9 mai 2008, motif pris que l'assurée avait recouvré une capacité de travail complète dès le 22 octobre 2007. A cet égard, la défenderesse s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2007, respectivement sur le rapport complémentaire de celui-ci du 2 juin 2008, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil. En l'occurrence, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, qui revêtent pleine valeur probante, conformément à la jurisprudence précitée (ci-dessus, p. 11, § 9). En effet, contrairement à ce que soutient la demanderesse, il n'est pas contradictoire de nier une incapacité de travail chez un assuré, tout en admettant, le cas échéant, l'existence de douleurs, dans la mesure où seule l'intensité de celles-ci est déterminante pour apprécier leur caractère incapacitant ou invalidant. Preuve en est que les lombalgies dont souffre l'intéressée depuis 2002 ne l'ont pas empêchée d'exercer une activité lucrative pendant plusieurs années. D'un autre côté, la demanderesse n'a avancé aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions de cet expert, étant par ailleurs observé qu'il n'existe pas de contestation quant aux diagnostics retenus par les différents médecins intervenus, ce que l'assurée a d'ailleurs expressément admis en indiquant à l'assureur que le Dr P\_\_\_\_\_, rhumatologue mandaté par elle au titre de « contre-expert », avait posé le même diagnostic que le Dr N\_\_\_\_\_ (cf. sa lettre du 14 mai 2008). C'est d'ailleurs à tort que la demanderesse (qui semble opérer une confusion entre atteinte à la santé et incidence de celle-ci sur la capacité de travail) a argué que les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ s'étaient trompés dans leur diagnostic, « puisque celui-ci prévoyait que la capacité de travail de Madame B\_\_\_\_\_ était de 100% » (mémoire de demande, p. 11). En outre, les Drs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ n'ont pas motivé leur avis, selon lequel la patiente ne disposait que d'une capacité de travail de 50% pendant toute la période litigieuse (ou même nulle, du 22 au 31 octobre 2007, comme allégué par l'assurée dans ses dernières écritures, ce qui n'est d'ailleurs pas davantage démontré et apparaît même quelque peu contradictoire avec les avis des médecins traitants versés au dossier). Les Drs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ n'expliquent d'ailleurs pas pourquoi le taux de capacité de travail de 100% retenu par l'expert serait erroné, étant par ailleurs relevé que MUTUEL ASSURANCES avait dûment transmis au Dr L\_\_\_\_\_ le rapport d'expertise du 8 octobre 2007 et que ce dernier praticien aurait ainsi pu se déterminer en toute connaissance de cause quant à son contenu. Il est aussi symptomatique que, dans son rapport à l'assurance du 7 septembre 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ ne se soit pas montré catégorique à cet égard, puisqu'il écrivait, sous la rubrique « pronostic », qu'une limitation d'activité « semblait » nécessaire, sans autre précision. De plus, contrairement à ce que la demanderesse affirme, le Dr M\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail, pas plus d'ailleurs que le Dr P\_\_\_\_\_. Il est du reste révélateur que, dûment assistée par un avocat, elle n'ait pas jugé utile de joindre une copie de la « contre-expertise » du Dr P\_\_\_\_\_ si, comme elle le laisse entendre, ce spécialiste estimait qu'elle ne disposait pas d'une capacité de travail complète. Au demeurant, à l'issue de son examen du 12 novembre 2007, et alors même que les douleurs étaient, selon elle, « de plus en plus fortes », ce praticien n'a pas même jugé utile de référer la patiente auprès d'un autre spécialiste, celle-ci ayant finalement consulté d'elle-même le Dr Q\_\_\_\_\_, de surcroît, au mois de mars 2008 seulement, semble-t-il, soit quatre mois plus tard. On ajoutera également que, contrairement à ce que la demanderesse a

affirmé, les Dr L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ (ou encore le Dr Q\_\_\_\_\_ ) ne sont pas spécialisés en rhumatologie. Au reste, les allégations de la demanderesse, selon lesquelles ses douleurs avaient été de plus en plus fortes, au moment de son examen par le Dr P\_\_\_\_\_ en novembre 2007 - soit seulement postérieurement à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2007 - tendent a contrario à corroborer les conclusions de ce dernier. Enfin, la demanderesse n'a apporté aucun élément permettant de remettre en cause les constatations du Dr N\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'expertisée avait recouvré, dès le 15 octobre 2007, une pleine capacité de travail, au vu en particulier de l'examen clinique « parfaitement dans la norme », respectivement de la possibilité pour elle d'exercer son activité indépendante de manière compatible avec ses limitations fonctionnelles, en particulier en changeant régulièrement de position ou en faisant une pause en l'absence de clients (ce que l'assurée n'a du reste pas sérieusement remis en cause). C'est également le lieu de rappeler que l'activité principale de l'intéressée consistait à vendre des cadeaux, et non pas à porter des charges supérieures à 5 kg. Sans compter que, conformément à son obligation de diminuer son (éventuel) dommage (art. 61 al. 1 LCA), l'assurée, pouvait effectivement compter, le cas échéant, sur l'aide de son compagnon, - ce qui n'a d'ailleurs pas non plus été sérieusement contesté. Par surabondance, on rappellera que l'on ne saurait suivre sans autre l'estimation de la capacité de travail résiduelle du médecin traitant, dès lors que ce dernier est généralement enclin, en raison de la confiance qui l'unit à son patient, de prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 352 consid. 3a), étant pour le surplus relevé que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une incapacité de travail. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Partant, force est de constater que MUTUEL ASSURANCES n'était pas tenue de verser des prestations au-delà du 21 octobre 2007. Reste à déterminer le montant de l'indemnité journalière pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007. Préalablement, il convient de constater que le contrat d'assurance conclu entre les parties se caractérise comme une assurance contre les dommages, et plus particulièrement contre la perte de gain (cf. art. 4 al. 4, intitulé « incapacité de gain », et 12 al. 1 CGA). Dans sa réplique du 13 octobre 2009 (p. 9), la demanderesse a d'ailleurs admis que les règles relevant de l'assurance contre les dommages était applicables. Les prestations d'assurance ne sont donc pas dues indépendamment du dommage causé par l'incapacité de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4C-2007/2007 du 2 novembre 2007, consid. 3 ; ATF 119 II 361 consid. 4). Cela étant, c'est à juste titre que la défenderesse a fait valoir qu'elle n'était pas tenue de verser des indemnités journalières à hauteur du montant de 100 fr. prévu dans la police d'assurance (c'est-à-dire à la limite la plus élevée de la prestation en cas de sinistre), mais uniquement à concurrence du dommage journalier effectif. En effet, le montant maximal d'assurance (aussi appelé somme d'assurance ou assurée : cf. art. 69 al. 1 LCA) n'empêche pas que seul le dommage effectif soit couvert (cf. notamment Raphaël Tatti, La surassurance, la sous-assurance et la double assurance, thèse Lausanne 2005, p. 40 ss, arrêt 5C-243/2006, du Tribunal fédéral du 19 avril 2007, consid. 3.2). La notion d'incapacité de travail est une notion économique (Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 516; Gustavo Scartazzini,

Krankentaggeldversicherung: Einwirkung der sozialen Krankenversicherung auf die Pflichten von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Krankheit, in : PJA 1997 p.671 s.). Autrement dit, 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 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 (arrêt K 56/05 du Tribunal fédéral du 31 août 2006, consid. 3.2 ; consid. 2b non publié de l'arrêt ATF 127 V 154 ; ATF 110 V 322 consid. 5, 105 V 196 ; RAMA 2000 n° KV 137 p. 355 consid. 3c). En vertu de l'art. 8 CC, la preuve du sinistre incombe à l'ayant droit, lequel doit, sur la demande de l'assureur, fournir à ce dernier tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre (art. 39 al. 1 LCA). En l'occurrence, l'art. 15 al. 2 CGA consacre également le devoir de l'assuré de fournir à l'assureur les pièces comptables à même de justifier la perte de gain survenue au moment de l'incapacité. Il s'agit d'une incombance, dont la violation entraîne la perte de tout ou partie des prestations d'assurance (Keller, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, vol. I, p. 555 ss; König, Der Versicherungsvertrag, in: SPR VII/2, p. 646 ss, ainsi que les références citées par ces auteurs). L'inobservation de cette incombance peut entraîner la perte du droit aux prestations d'assurance (arrêt 5C.130/2000, du 4 janvier 2001, consid. 3b). En outre, selon l'art. 39 al. 2 ch. 2 LCA, les parties peuvent convenir que, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations de l'assurance, l'ayant droit devra faire les communications les rapports médicaux ou pièces comptables requises, dans un délai déterminé suffisant. Ce délai court du jour où l'assureur a mis par écrit l'ayant droit en demeure de faire ces communications, en lui rappelant les conséquences de la demeure. En l'occurrence, bien qu'elle y ait été invitée à deux reprises par la défenderesse en première instance, la demanderesse n'a pas produit les informations requises, en particulier le montant de ses frais fixes, lequel apparaissait encore nécessaire pour déterminer son revenu effectif net, singulièrement la perte de gain à indemniser ; elle n'a pas d'avantage fourni ces informations à l'appui de sa demande déposée le 18 juin 2009e ou de sa réplique du 13 octobre 2009 devant le Tribunal de céans - mais seulement, en « tant que de besoin », par envoi spontané du 28 mai 2010. Les CGA ne prévoient toutefois (explicitement) aucune déchéance des prétentions de l'assuré qui n'a pas communiqué certaines pièces à l'assureur, comme le permet, sous réserve de l'art. 45 al. 3 LCA, l'art. 39 al. 2 ch. 2 LCA. Cette dernière disposition prévoit que, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations de l'assurance, l'ayant droit devra communiquer les informations requises, dans un délai déterminé suffisant. Ce délai court du jour où l'assureur a mis par écrit l'ayant droit en demeure de faire ces communications, en lui rappelant les conséquences de la demeure. Dans ces conditions, il est douteux qu'une telle sanction puisse être opposée sans autre à la demanderesse en l'occurrence. Cela d'autant moins que l'art. 98 al. 1 LCA interdit aux parties de déroger aux prescriptions de l'art. 39 al. 2 ch. 2 LCA au détriment du preneur d'assurance. Cette question peut toutefois demeurer indécise en l'espèce, dans la mesure où il n'apparaît pas nécessaire de calculer précisément la perte de gain effectivement subie par l'assurée du 2 juillet au 21 octobre 2007 pour fixer l'indemnité journalière afférente à cette période. En effet, dans son courrier du 5 mai 2009, MUTUEL ASSURANCES avait offert à l'assurée d'arrêter, à l'amiable, les indemnités journalières à 100 fr. par jour en l'espèce (conformément au montant forfaitaire maximal assuré prévu dans la police d'assurance), respectivement de lui verser, pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007, la somme

complémentaire de 682 fr. 10, dont la quotité n'apparaît par ailleurs pas contestable, ni contestée. Dans la cadre de la présente procédure, la défenderesse a indiqué qu'elle était toujours disposée à payer ce montant à la demanderesse, si le Tribunal devait parvenir à la conclusion que les indemnités journalières n'étaient pas dues au-delà du 21 octobre 2007, - ce qui est le cas, comme on vient de le voir. De son côté, la demanderesse a expressément admis le montant maximal de 100 fr. par jour à titre d'indemnité journalière, alors même qu'elle estimait avoir subi une perte de gain ascendant, selon ses calculs, à 182 fr. par jour (cf. courrier de Me Philippe EIGENHEER du 6 mars 2009 et mémoire de demande du 18 juin 2009, p. 12). C'est le lieu de préciser que si la demanderesse a finalement refusé l'offre précitée de MUTUEL ASSURANCES, c'est uniquement parce que l'assureur limitait au 21 octobre 2007 la durée de l'empêchement de travailler qu'il proposait d'indemniser (cf. courrier du 14 mai 2009), et non pas parce qu'elle contestait le montant forfaitaire de 100 fr. par jour au titre d'indemnité journalière. Ainsi, et dans la mesure où, comme on vient de le voir (§ 11), l'assureur n'était effectivement pas tenu de verser ses prestations au-delà du 21 octobre 2007, il convient de prendre acte de ce que MUTUEL ASSURANCES s'engage à verser à la demanderesse le solde de 682 fr. 10 pour la période du 2 juillet au 21 octobre 2007. Dans cette mesure, la demande sera (très) partiellement admise. Les parties ayant admis que GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA n'avait pas la légitimation passive en l'espèce, la procédure est sans objet en ce qui la concerne. Il convient donc de radier la demande en tant qu'elle concerne cette défenderesse, comme les parties l'ont proposé. Au vu de l'issue du litige (résultant en particulier de l'attitude conciliatrice de la défenderesse), il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité de procédure. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Prononce : A la forme : La demande est recevable. Au fond : En tant qu'elle concerne GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, la demande est radiée du rôle. En tant qu'elle concerne MUTUEL ASSISTANCES, la demande est partiellement admise. Il est pris acte de ce que MUTUEL ASSISTANCES s'engage à verser 682 fr. 10 à la demanderesse. L'y condamne en tant que de besoin. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de procédure. Les parties peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET Le Président suppléant Jean-Louis BERARDI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le