RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1665/2003 **ATAS/693/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 7 septembre 2004

En la cause

Monsieur C_____, comparant par Me Guy ZWAHLEN en l'étude duquel il élit domicile — recourant

contre

FTMH ASSURANCES-MALADIES ET ACCIDENTS, Weltpoststrasse 20, 3000 Berne 15 — intimée

---

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

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né en septembre 1948, d'origine italienne, marié et père de trois enfants, a travaillé en tant que carrossier indépendant jusqu'au 29 août 2001, date à laquelle il a été en incapacité de travail à 100%. Il était assuré pour la perte de gain auprès de la caisse-maladie FTMH ASSURANCES-MALADIES ET ACCIDENTS (ci-après la Caisse) dès le 1er août 1999, son contrat étant soumis à la loi fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire et assorti de réserves pour hypothyroïdisme compensé et état dépressif réactionnel.

2. Dans un rapport médical du 24 septembre 2001, le Docteur L_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'une dépression.

3. Le 2 octobre 2001, le Docteur M_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et médecin-conseil de la Caisse, a informé cette dernière que le diagnostic annoncé par le médecin traitant de l'assuré laissait sous-entendre une maladie de longue durée. Le diagnostic était le même qu'en 1999 et avait fait l'objet d'une visite chez la Doctoresse N_____. Cette praticienne a précisé le 6 octobre 2001 que l'assuré souffrait de dépression.

4. Le 26 octobre 2001, le Docteur L_____ a rédigé un nouveau rapport à l'attention du médecin-conseil en relevant que les deux affections dont souffrait son patient, soit l'hypothyroïdisme et l'état dépressif, étaient compensées par les médicaments et qu'elles n'étaient pas responsables de son incapacité de travail. Celle-ci provenait uniquement de la fibromyalgie, laquelle touchait la sphère scapulaire et la région lombaire de l'assuré.

5. Le 22 novembre 2001, le Docteur M_____ a adressé un rapport à la Caisse. Il a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux associé à un état d'angoisse permanent, mais sans dépression. Au contraire du médecin traitant, il ne retenait pas la présence d'une fibromyalgie dans la mesure où les téguments étaient souples, non adhérents au plan sous aponévrotique et indolores à la manœuvre du palpé-roulé. Les trigger points étaient peu nombreux et peu démonstratifs et il n'y avait pas d'insomnie ni de syndrome de fatigue chronique. Il a relevé que les réserves n'avaient que très peu, voire pas, de relations de causalité avec l'affection invalidante actuelle et qu'il envisageait difficilement que cette dernière justifie, à elle seule, une incapacité totale de tout travail. Il préconisait la mise en place d'une expertise psychiatrique.

6. Le 30 avril 2002, sur mandat de la Caisse, le Docteur O_____, psychiatre et psychothérapeute, a rédigé un rapport d'expertise après avoir examiné l'assuré le 18 avril 2002 et avoir consulté son dossier médical. Il a relevé un trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique associée, notamment dépressive. Ce trouble ne justifiait pas l'incapacité de travail et la capacité de travail de l'intéressé

était totale sur le plan psychiatrique, tant dans sa précédente profession que dans une autre activité. Lors de l'examen psychiatrique, l'assuré n'avait semblé ni particulièrement déprimé, ni angoissé malgré une attitude tendue et un peu anxieuse. La collaboration n'était que moyennement bonne, le patient cherchant surtout à démontrer qu'il n'était pas déprimé. Le processus de pensée ne montrait rien qui laissait suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou décompensée et le praticien n'avait relevé aucun élément de la lignée psychotique. La personnalité pouvait être considérée comme compensée malgré un comportement hypocondriaque manifeste.

7. Par décision du 17 mai 2002, la Caisse a refusé tout versement d'indemnités journalières au-delà du 27 octobre 2001 en se basant notamment sur l'expertise du Docteur O_____, ce dernier ayant conclu à une capacité totale de travail.

8. Par courrier du 17 juin 2002, l'assuré a formé opposition à la décision par l'entremise de son conseil en alléguant que son incapacité de travail était occasionnée par une fibromyalgie invalidante, soit une affection inflammatoire physique. Il a produit en annexe un certificat du Docteur L_____ attestant de ce fait et précisant que son patient était en incapacité totale de travailler. Or, la décision n'était basée que sur l'avis de l'expert psychiatre, lequel n'avait fait aucune appréciation quant à la fibromyalgie. En ce qui concernait cette dernière affection, elle devait être diagnostiquée par un rhumatologue et non par un psychiatre et le praticien devait mettre en évidence un certain nombre de critères de diagnostic, soit notamment en principe la constatation de 11 points douloureux sur 18 retenus lors de la palpation digitale. Ce type d'examen n'avait pas été réalisé dans le cas de l'assuré et la décision était insuffisamment documentée, ne reposant sur aucune base scientifique ni expertise exhaustive. L'assuré concluait à l'annulation de la décision du 17 mai 2002 ainsi qu'au versement d'indemnités journalières dès le 27 octobre 2001.

9. Le 21 juin 2002, le Docteur M_____, dans une note adressée à la Caisse, a expliqué que l'opposition était classique et reprochait la démarche effectuée consistant à demander l'avis d'un médecin psychiatre. Il a relevé que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas contesté, mais que c'était l'incapacité de travail en découlant qui était contestée, raison pour laquelle un expert psychiatre avait été nommé afin qu'il se détermine sur une éventuelle pathologie psychiatrique associée qui aurait pu expliquer, elle, une incapacité de travail totale. Ce praticien a encore souligné qu'il avait préféré retenir l'appellation de syndrome somatoforme douloureux ou de syndrome douloureux chronique dans le cas de l'assuré parce que les critères habituels témoignant en faveur d'un diagnostic de fibromyalgie floride invalidante n'étaient pas réunis. Mais une telle distinction n'avait pas d'impact en ce qui concernait une éventuelle incapacité de travail.

10. Le 4 mars 2003, l'assuré a informé la Caisse qu'il avait été engagé depuis le 5 janvier 2003 dans une carrosserie et qu'il n'était plus indépendant depuis la fin du mois de décembre 2002, raison pour laquelle il souhaitait annuler son adhésion à l'assurance indemnités journalières au plus vite.

11. Par décision sur opposition du 7 juillet 2003, la Caisse a maintenu sa décision du 17 mai 2002 en soulignant que l'assuré avait été examiné par le Docteur M_____, son médecin-conseil, que ce praticien était rhumatologue, qu'il n'avait pas constaté de fibromyalgie et rappelé qu'il avait de la peine à accepter que le trouble somatoforme mis en évidence puisse à lui seul provoquer une incapacité de travail totale. L'assuré avait ainsi été soumis à une expertise réalisée par un psychiatre qui avait confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique associée déjà évoqué auparavant et qui avait estimé que la capacité de travail était totale.

12. Par écriture du 5 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en arguant notamment du fait que le médecin-conseil l'avait examiné le 20 novembre 2001, que l'examen remontait à plus de deux ans et que son diagnostic était en contradiction avec celui du médecin traitant, le Docteur L_____, également spécialiste en médecine interne. Il a produit un rapport de ce dernier du 4 septembre 2003 indiquant que le Docteur Q_____, rhumatologue, après un examen détaillé, avait observé la présence d'un syndrome douloureux chronique, mais qu'il contestait ce diagnostic et qu'il proposait une contre-expertise. Le recourant a conclu, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à production d'un rapport médical circonstancié suite à un nouvel examen effectué par un spécialiste en rhumatologie et, principalement, à l'annulation de la décision et au versement d'indemnités journalières dès le 27 octobre 2001.

13. Par préavis du 4 novembre 2003, la Caisse a proposé le rejet du recours en soulignant que les deux médecins appelés à se prononcer sur le cas du recourant avaient estimé qu'il était capable de travailler à 100%. Elle a également relevé que le recourant en avait lui-même apporté la preuve en annonçant qu'il travaillait à plein temps auprès d'un carrossier depuis le 1er janvier 2003.

14. Par réplique du 15 décembre 2003, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions en relevant que le diagnostic de fibromyalgie était à mettre en relation avec celui de troubles somatoformes douloureux et que c'était en raison de ces deux affections associées, qu'il s'était retrouvé en incapacité de travail du 27 octobre 2001 au 31 décembre 2002.

15. Par duplique du 17 février 2004, la Caisse a souligné que les différents termes utilisés, soit la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux ou syndrome douloureux chronique, n'étaient que des appellations qui décrivaient en réalité la même affection et qu'ils étaient issus de querelles de spécialistes. Ce diagnostic

n'avait jamais été contesté par le Docteur M_____, qui avait uniquement préconisé une expertise psychiatrique afin d'étudier l'impact d'une éventuelle autre affection.

16. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de la constitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières pour perte de gain selon les art. 67 ss. LAMal. Dans ce contexte, il s'agit en particulier de se prononcer sur le degré d'incapacité de travail du recourant. En premier lieu, se pose la question de savoir si les documents médicaux sur lesquels s'est fondée la Caisse, en l'occurrence essentiellement l'expertise réalisée par le Docteur O_____ le 30 avril 2002 et l'appréciation du Docteur M_____ du 22 novembre 2001, possèdent une pleine valeur probante et suffisent ou s'il se justifie d'ordonner une contre-expertise.

a) Selon l'art. 72 al. 2 1ère phrase LAMal, le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Les indemnités journalières doivent être versées pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (art. 72 al. 3 LAMal). En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au troisième alinéa (art. 72 al. 4 LAMal). Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Est réputée incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour pouvoir déterminer l'incapacité de travail (ou l'invalidité), la Caisse a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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 ce qui concerne, par ailleurs, 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).

b) En l'espèce, le recourant fait notamment grief à la Caisse de s'être essentiellement fondée sur l'appréciation de son incapacité de travail par les Docteurs M_____ et O_____, respectivement médecin-conseil rhumatologue de la Caisse et expert psychiatre indépendant. Il lui reproche également d'avoir insuffisamment tenu compte de l'avis de son médecin traitant, le Docteur L_____ et soutient qu'un expert rhumatologue neutre doit être désigné. Quant à la Caisse, elle explique que les rapports médicaux contestés par le recourant ont pleine valeur probante. Elle a en outre relevé avoir expressément demandé l'avis d'un médecin psychiatre afin de déterminer si le trouble somatoforme douloureux dont souffrait le recourant était associé à un trouble psychiatrique qui aurait pu entraîner une incapacité de travail totale.

Force est de reconnaître que le point de vue du recourant est erroné. En effet, on ne saurait reprocher à la Caisse de s'être basé tant sur l'avis du médecin-conseil que sur celui de l'expert psychiatre mandaté dans la mesure où ces rapports médicaux répondent aux critères posés par la jurisprudence rappelés ci-avant. L'expertise du Docteur O_____ du 30 avril 2002 comprend en effet une anamnèse circonstanciée du cas, ce praticien s'étant attaché à décrire en détail tant l'historique des troubles présentés par le recourant (antécédents médicaux) que l'ensemble des affections actuelles (cf. expertise du 30 avril 2002, p. 6-7). Il a en outre donné une appréciation médicale détaillée du cas tout en motivant les conclusions auxquelles il était parvenu (cf. expertise du 30 avril 2002, p. 8 à 10). De même, le Docteur M_____ a fondé son appréciation sur un examen minutieux du patient et sur les constatations objectives qu'il a été amené à faire sur la base de cette consultation (cf. rapport du 22 novembre 2001, p. 1). Aucune contradiction intrinsèque n'émaille leurs rapports respectifs. Au contraire, leurs deux avis concordent largement en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant. En revanche, les différents certificats établis par le médecin traitant les 26 octobre 2001, 12 juin 2002 et 4 septembre 2003 se limitent à une estimation brute de l'incapacité de travail, exclusivement justifiée par l'énoncé du diagnostic de fibromyalgie, sans données anamnestiques ni motivation substantielle. Par ailleurs, dans le dernier certificat, ce praticien se borne à indiquer qu'il n'est pas d'accord avec ses confrères en préconisant une contre-expertise. Ces

différents certificats ne répondent dès lors pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante. On rappellera par ailleurs que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

Au vu de ces éléments, il sied de constater qu'une expertise complémentaire ne se justifie pas, les certificats médicaux figurant au dossier étant largement suffisants pour juger du cas du recourant, et de conclure que le recourant n'a pas subi d'incapacité de travail justifiant le versement d'indemnités journalières dès le 20 octobre 2001.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Confirme la décision sur opposition de la FTMH ASSURANCE MALADIES ET ACCIDENTS du 7 juillet 2003 ;

4. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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