

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3/2006

ATAS/252/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 8 mars 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , GENÈVE, comparant avec recourant
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

contre

CMBB GROUPE MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, intimée
MARTIGNY

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 1966, était employé par l'entreprise X_____ S.A, à Thônex, en tant que poseur de sols. A ce titre, il était assuré pour la perte de gain en cas de maladie auprès de la CAISSE MALADIE SUISSE POUR LES INDUSTRIES DU BOIS ET DU BÂTIMENT ET BRANCHES ANNEXES (ci-après: la CMBB ou la caisse), membre du GROUPE MUTUEL.
2. Le 24 novembre 1997, l'assuré est tombé d'une échelle sur un chantier. La SUVA a pris en charge l'incapacité de travail qui a découlé de cet accident jusqu'au 28 février 1999, date à laquelle elle a mis un terme à ses prestations. Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé la décision de la SUVA par arrêt du 2 novembre 2000. Il a en substance retenu que les séquelles physiques n'entraînaient plus d'incapacité de travail au-delà du 28 février 1999. Quant aux troubles psychiques, ils ne pouvaient pas trouver leur origine dans l'accident, de gravité tout au plus moyenne.
3. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré s'est alors retourné contre la CMBB pour demander la prise en charge de son incapacité de travail à compter du 1^{er} mars 1999.
4. Il a également déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI), qui, par décision du 7 juin 2002, lui a octroyé une rente d'invalidité entière avec effet rétroactif au 1^{er} novembre 1998. Une expertise pluridisciplinaire effectuée en 2001 par le COMAI de Lausanne a en effet mis en évidence une incapacité de travail entière, l'assuré souffrant principalement d'une dépression sévère.
5. Par décision du 15 juillet 2002, la CMBB a refusé de verser des indemnités journalières pour cause de maladie, au motif que l'authenticité des plaintes de l'assuré était douteuse et que le dossier n'était pas suffisamment instruit au plan médical vu l'attitude peu collaborante de l'intéressé. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal administratif a retenu, par jugement du 25 mars 2003, que si le recourant avait eu tort de ne pas se soumettre à l'expertise organisée par l'assureur, un refus de prestations fondé sur cette raison ne pouvait être prononcé qu'après avoir respecté son droit d'être entendu et qu'une nouvelle expertise psychiatrique devait être mise en place, l'assuré devant avoir la possibilité de se prononcer sur l'identité de l'expert, sur les questions posées, ainsi que sur d'éventuelles sanctions en cas d'obstacle au bon déroulement de l'expertise.
6. En date du 13 mai 2003, à la demande de la CMBB, le centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier (ci-après: CMD) a convoqué l'assuré à un rendez-vous avec le Dr A_____, fixé au 22 juin 2003.

7. Le 23 mai 2003, le CMD a adressé à l'assuré une nouvelle convocation annulant la précédente et avançant la date de l'examen au 13 juin 2003.
8. Par courriers du 26 mai et du 5 juin 2003, le conseil de l'assuré a fait savoir à la CMBB que la convocation à l'expertise contrevenait aux instructions contenues dans l'arrêt du Tribunal administratif du 25 mars 2003. En effet, il était d'abord nécessaire de soumettre à l'assuré le nom de l'expert et la mission d'expertise. Par ailleurs, l'assuré émettait des réserves quant au choix du médecin. Enfin, dans la mesure où les prestations litigieuses concernaient la période de février 1999 à février 2001, une expertise effectuée trois ans plus tard pouvait difficilement être utile.
9. Le 6 juin 2003, la caisse a communiqué au conseil de l'assuré la mission d'expertise, l'expert pressenti étant le Dr A_____. Un délai au 11 juin 2003 lui était imparti pour formuler des remarques et propositions sur la mission d'expertise et pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation.
10. Après un échange de correspondance, le conseil de l'assuré a confirmé que son mandant acceptait de se présenter à la consultation le 13 juin 2003, la seule question pertinente étant celle relative à la capacité de travail entre février 1999 et février 2001.
11. Le 30 septembre 2003, le CMD a informé la caisse que l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous du 13 juin 2003 avec le Dr A_____.
12. Le 31 octobre 2003, la caisse a rendu une décision, aux termes de laquelle elle classait le dossier sans suite, vu le défaut de l'assuré à l'expertise.
13. Par courrier du 3 décembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il alléguait avoir formulé un motif de récusation à l'égard de l'expert et proposait qu'une nouvelle expertise fût diligentée par le Dr B_____.
14. Par décision sur opposition du 2 février 2004, la CMBB a maintenu que l'assuré, en refusant de se présenter à l'examen, avait failli à son obligation de collaborer à l'instruction du dossier, ce qui justifiait le refus des prestations.
15. L'assuré a alors interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Le 15 juin 2004, lors de la comparution personnelle des parties, il a été convenu que la caisse annulait ses décisions et s'engageait à recommencer la procédure d'expertise dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré, en lui soumettant une liste d'experts et la mission d'expertise. Cet accord a été entériné par arrêt du 22 juin 2004.
16. En conformité avec les engagements pris, la caisse a ensuite soumis à l'assuré une liste d'experts psychiatres ainsi que la liste des questions qu'elle entendait poser. Le

9 juillet 2004, l'assuré a fait savoir que son choix s'était porté sur le Dr C _____ et qu'il n'avait pas d'autres questions à lui poser que celles qui lui avaient été soumises.

17. Le Dr C _____ a ensuite fait savoir qu'il déclinait le mandat. S'en est suivi un nouvel échange de correspondance entre la caisse et le conseil de l'assuré, au terme duquel le choix de l'expert s'est porté sur le Dr D _____, médecin psychiatre.
18. En date du 21 mars 2005, l'assuré a été examiné par le Dr D _____. Dans son rapport d'expertise du 15 mai 2005, ce médecin a retenu au plan psychique, les diagnostics de troubles de l'humeur et épisode dépressif moyen avec trouble somatisation (ICD-10: F 32.11), présents depuis probablement 1997 et ayant une répercussion sur la capacité de travail. Cet état dépressif, marqué par un état régressif inquiétant, n'était pas en relation avec l'accident. Le médecin a ajouté ne pouvoir se prononcer sur la capacité de travail au-delà du 28 février 1999, tout en précisant que les éléments du dossier donnaient à penser que l'incapacité de travail était justifiée à cette date. Au moment de l'expertise, l'incapacité de travail était totale.
19. Dans un avis médical du 4 juillet 2005, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin-conseil de la caisse, a relevé que le rapport du Dr D _____ comportait de nombreuses imprécisions et contradictions. D'une part en effet, le Dr D _____ mettait en évidence le manque de collaboration de l'assuré, les contradictions à certaines réponses, l'absence d'attitude antalgique de même que le fait que les circonstances de l'accident du 24 novembre 1997 n'étaient pas du tout claires. Toutefois, l'expert n'en tirait aucune conclusion. D'autre part, alors que le test de HAMILTON avait abouti à un résultat de 17 sur 65, - correspondant à une dépression légère -, l'expert avait retenu le diagnostic de dépression moyenne. Enfin, l'expert avait posé des diagnostics de nature rhumatologique, alors que cela ne relevait pas de son domaine de compétence.
20. Par courrier du 3 août 2005, la caisse a fait savoir à l'assuré que compte tenu des critiques formulées par le Dr E _____ à l'égard de l'expertise du Dr D _____, il convenait d'organiser une nouvelle expertise auprès du Dr B _____, dont le nom avait été proposé par le conseil de l'assuré en date du 3 décembre 2003.
21. Le 15 août 2005, le conseil de l'assuré a répondu que l'expertise du Dr D _____ avait pleine valeur probante et qu'elle justifiait le droit aux prestations. Selon lui, il n'appartenait pas au médecin-conseil de la caisse, rhumatologue, de se prononcer sur la validité d'une expertise psychiatrique. L'assuré était par conséquent opposé à une nouvelle expertise; il était tout au plus favorable à ce que l'expert puisse

prendre position sur l'avis du Dr E_____ et puisse clarifier le cas échéant ses réponses.

22. Par courrier du 2 septembre 2005, la caisse a répété qu'à son avis le rapport d'expertise du Dr D_____ n'était pas convainquant; il était par ailleurs inopportun de confronter l'expert à ses propres contradictions. La caisse proposait de soumettre le rapport du Dr D_____ au Dr B_____ et, en fonction de la réaction de ce dernier, de décider de la suite du dossier. Le conseil de l'assuré a rejeté cette proposition et a imparti à la caisse un délai de 10 jours pour s'acquitter des prestations dues à son mandant.
23. Par décision du 27 septembre 2005, la caisse a jugé que l'instruction du dossier n'avait pas permis d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, le droit de l'assuré à des prestations. Partant, une nouvelle expertise s'avérait indispensable, l'assuré ayant l'obligation de collaborer à sa réalisation, faute de quoi la caisse serait obligée de statuer en sa défaveur.
24. Le 29 septembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Le même jour, son conseil a soumis au Dr D_____ les critiques du Dr E_____. Le Dr D_____ a présenté ses commentaires sur l'avis du Dr E_____ par courrier du 19 octobre 2005.
25. Par décision sur opposition du 18 novembre 2005, la caisse a confirmé sa décision du 27 septembre 2005. Elle a retenu que le dossier médical, bien que composé de nombreuses rapports et avis d'experts, ne permettait pas de déterminer valablement le droit aux prestations de l'assuré. Quant au rapport du Dr D_____, il contenait de nombreuses imprécisions et contradictions et les conclusions de l'expertise ne concordaient pas avec les constatations objectives. Il était partant justifié de procéder à une nouvelle expertise, l'assuré étant tenu de collaborer à l'instruction du dossier.
26. Par courrier du 3 janvier 2006, l'assuré a interjeté **recours** contre cette décision. Il a sollicité, à titre préalable, l'audition du Dr D_____. Sur le fond, il a conclu à ce qu'il soit constaté que son incapacité de travail depuis le 1^{er} mars 1999 avait pour origine un état maladif et à ce que la caisse soit condamnée, sous suite de frais et dépens, au versement des indemnités journalières légales, soit 108'504 fr. 20 plus intérêts moyens à 5% dès le 1^{er} mars 2000. A l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir que l'ensemble des pièces médicales, notamment l'expertise du Dr D_____, attestait d'une incapacité de travail entière au-delà du 28 février 1999, l'assurance-invalidité ayant aussi reconnu une invalidité entière depuis le 1^{er} novembre 1998. Compte tenu du délai d'attente de trois jours, l'indemnité journalière était due dès le 4 mars 1999. Quant au montant de l'indemnité journalière, il était de 25.80 fr. par heure, sur une base de 2'132 heures annuelles,

soit une indemnité journalière de 150.70 fr., qui, versée pendant 720 jours, conduisait à un montant total de 108'504.20 fr.

27. Dans sa détermination du 28 février 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que l'expertise du Dr D_____ recèle un certain nombre de contradictions et n'a pas valeur probante. La mise en place d'une nouvelle expertise, le cas échéant pluridisciplinaire, s'avère selon elle nécessaire pour établir le droit aux prestations du recourant, qui s'est montré dès le départ peu collaborant. En substance, en l'état du dossier, l'intimée estime qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments pour la condamner au paiement de prestations, la situation médicale, en dépit des nombreux rapports médicaux existants, n'étant pas suffisamment élucidée.
28. Dans sa réplique du 7 mars 2006, le recourant a contesté tout manque de collaboration, faisant remarquer qu'il s'est contenté de faire respecter ses droits, ce qui est légitime. Quant aux contradictions alléguées en relation avec les circonstances de l'accident, cette question a déjà été définitivement tranchée par le Tribunal administratif et le Tribunal fédéral des assurances. Enfin, les explications fournies par le Dr D_____ dans ses observations complémentaires sont selon lui de nature à confirmer le bien-fondé de ses conclusions.
29. Par courrier du 30 mars 2006, l'intimée a fait savoir qu'elle persistait dans les termes de ses écritures précédentes.
30. Le Dr D_____ a été entendu par le Tribunal de céans en date du 8 juin 2006. Il n'y a pas, selon lui, de lien entre l'accident et l'état dépressif dont souffre le recourant. Il s'agit d'un état dépressif moyen, sans doute lié à l'inactivité globale depuis 1997, le traitement n'étant pas optimal. Bien que le score sur l'échelle d'Hamilton soit de 17, ce qui correspond à des symptômes plutôt légers, il a retenu le diagnostic de dépression moyenne, vu l'état clinique global. Il a indiqué qu'il était difficile de dater exactement l'apparition de la dépression, vu les rapports contradictoires, mais a estimé qu'elle a dû faire une apparition progressive depuis 1997. L'incapacité de travail est justifiée depuis 1999.

Le Dr D_____ a précisé que s'il a remarqué des contradictions et un certain manque de collaboration de la part de l'assuré, il n'a pas pour autant conclu à l'existence d'une névrose de rente car les plaintes exprimées n'ont pas pour seul objectif d'obtenir des prestations.

S'agissant de la période de 1999 à 2001, il y avait certes des contradictions dans les rapports, mais cela n'empêchait pas de conclure à l'existence d'un état dépressif apparu progressivement et favorisé par le repli sur soi. Il était en revanche impossible, rétrospectivement, d'indiquer dans quelle mesure cet état avait influencé la capacité de travail de l'assuré. Il n'y avait pas suffisamment d'éléments au dossier pour permettre d'évaluer la capacité de travail durant la période considérée.

Sans remettre en cause la décision de l'assurance-invalidité, qui avait retenu une invalidité à 100% à partir de 1997, le médecin a exprimé des réticences à cet égard, indiquant qu'il avait le sentiment que certains éléments n'avaient peut-être pas été pris en compte. Il s'est étonné du fait que le Dr F_____ a jugé bon de se déplacer au domicile de l'assuré à plusieurs reprises. Il a été frappé par l'absence d'attitude antalgique de l'assuré et par le fait qu'il s'exprimait encore mal en français, ces éléments ne le conduisant toutefois pas à nier l'existence d'un état dépressif.

31. Lors de son audition en date du 14 septembre 2006, la Dresse F_____, psychiatre, a exposé qu'elle suivait le recourant depuis le mois de mai 1998, à raison d'une fois par semaine dans un premier temps, puis d'une fois tous les 15 jours. L'assuré était déjà dépressif lorsqu'elle l'avait vu pour la première fois. Elle s'était rendue à plusieurs reprises au domicile de l'assuré, en même temps qu'elle rendait visite à d'autres patients, ce qui n'avait pour elle rien d'exceptionnel. Elle souhaitait éviter que le patient, qui souffrait de vertiges et de baisses de tension, puisse tomber. Elle avait posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel, qui pouvait comprendre l'apathie, un ralentissement psychomoteur, des vertiges et des maux de tête. Le recourant souffrait aussi d'une hernie, mise en évidence par une IRM en 2000. L'assuré prenait des antidépresseurs et des somnifères et était totalement incapable de travailler, et ce aussi entre 1999 et 2001, compte tenu de l'état dans lequel il se trouvait (ralenti, triste, apathique avec un sentiment de dévalorisation).
32. Dans son mémoire déposé le 31 octobre 2006 le recourant a réaffirmé que la cause était en état d'être jugée. En effet, l'instruction médicale comprenait non seulement le rapport d'expertise du Dr D_____, mais aussi une expertise de la policlinique médicale universitaire de Lausanne de 2001, une décision de l'assurance-invalidité du 7 février 2002 et des déclarations de la Dresse F_____, psychiatre. L'ensemble de ces pièces était de nature à prouver que l'assuré souffrait d'une incapacité de travail totale, justifiée médicalement depuis 1999. Par ailleurs, les explications du Dr D_____ en audience avaient été convaincantes. Partant, il y avait lieu de lui reconnaître une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 1999 et ce, jusqu'à épuisement de son droit aux indemnités journalières, une expertise supplémentaire n'étant pas nécessaire. Le recourant a joint à sa détermination une communication de l'OCAI du 25 octobre 2006, confirmant que son taux d'invalidité demeurait de 100%.
33. L'intimée a quant à elle exposé dans sa dernière écriture du 30 octobre 2006, qu'il subsistait toujours des doutes sérieux au sujet de l'incapacité de travail du recourant pendant la période considérée, ce qui ressortait en particulier des déclarations du Dr D_____ et de la Dresse F_____. Par ailleurs, les difficultés à établir la situation médicale exacte devaient être mises en relation avec le manque de

collaboration de la part de l'assuré, raison pour laquelle un refus de prestations paraissait justifié.

34. Le Tribunal de céans a transmis aux parties une copie de l'écriture après enquêtes de leur partie adverse. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. a. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.
- b. Interjeté dans les délai et forme imposés par la loi le recours est recevable (art. 1 LAMal et 56 à 60 LPGA).
4. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières à partir du 1^{er} mars 1999, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie. Dans la mesure où les faits

déterminants sont survenus avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de la LPGA, il convient d'appliquer au cas d'espèce les dispositions de la LAMal dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATFA non publié du 12 mai 2004, K 134/03; ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 100 consid. 1a).

5. Aux termes de l'art. 72 alinéa 1 aLAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées, la couverture pouvant être limitée aux risques de la maladie et de la maternité. Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 72 al. 2 aLAMal). Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 114 V 283 consid. 1c, 111 V 239 consid. 1b). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 114 V 283 consid. 1c et les références). Ces principes, développés sous l'empire de la LAMA, sont également applicables sous le nouveau régime de la LAMal (RAMA 1998 n° KV 45 p. 430).
6. Par ailleurs, 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 le 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 (consid. 2b non publié de l'ATF 127 V 154 consid. 2b, 110 V 332 consid. 5; RAMA 1990 n° K 829 p. 8 consid. 3c). Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont tenus, dans le cadre de la loi et des statuts, de veiller à ce que ne soient fournies que des prestations auxquelles l'assuré a effectivement droit; ils ont dès lors en tout temps le droit et, le cas échéant, le devoir de vérifier les indications des assurés et celles du médecin (ATF 107 V 103 et les références). Selon la LAMal, les fonctions de contrôle et de surveillance incombent aux médecins-conseils des caisses (cf. art. 57 al. 4 2ème phrase LAMal; ATF 129 V 60 consid. 4.3). La décision d'ordonner un examen médical et le choix du médecin relève de l'appréciation de la caisse-maladie, l'assuré ne disposant pas d'un droit de choisir l'expert, mais celui de faire valoir des motifs d'exclusion ou de refus à son encontre (RAMA 1989 n° K 820 p. 334 consid. 1b et l'arrêt cité ; ATFA non publié du 16 avril 2004 en la cause K 74/02).
7. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). Par ailleurs, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en œuvre 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 le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu 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).

8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in : *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach* - Bâle,

2000, p. 268, ATFA non publié du 19 juillet 2004 en la cause U 222/03 consid. 4.2).

9. a. En l'espèce, le recourant réclame des indemnités journalières à partir du 1^{er} mars 1999, au titre de l'assurance maladie. Préalablement et jusqu'au 28 février 1999, il a bénéficié des prestations de l'assurance-accidents, suite à une chute en date du 24 novembre 1997. Le Tribunal administratif (arrêt du 18 janvier 2000) et le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 2 novembre 2000) ont confirmé que l'accident, de gravité tout au plus moyenne, n'entraînait pas de séquelles physiques au-delà du 28 février 1999 et que, selon le cours ordinaire des choses, il ne pouvait pas être à l'origine des troubles de nature psychique dont souffrait le recourant.

b. L'intimée conteste la valeur probante de l'expertise mise en œuvre par elle. Selon son médecin conseil, elle serait contradictoire et ne tiendrait pas suffisamment compte de certaines constatations objectives. Le recourant est en revanche d'avis que l'expertise du Dr D_____ corrobore les conclusions du COMAI de Lausanne, sur la base desquelles l'OCAI lui a reconnu un degré d'invalidité de 100%. Selon lui, ces deux expertises établissent, à satisfaction de droit, l'existence d'une incapacité de travail entière pour cause de maladie au-delà du 1^{er} mars 1999.

10. a. Selon le rapport de l'expertise pluridisciplinaire, psychiatrique rhumatologique et neuropsychologique du COMAI de Lausanne, du 21 décembre 2001, il n'y avait pas d'étiologie organique significative à l'origine des plaintes du patient. Au plan psychiatrique en revanche, la Dresse G_____ a constaté un ralentissement psychomoteur important, un état semi-stuporeux et un état de retrait relationnel important, dénotant une régression psychique. Elle a retenu un état dépressif sévère, caractérisé par une régression massive et par un retrait social et relationnel. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont exclu l'existence d'un état de stress post-traumatique, suite à l'accident (page 22), mais ils ont confirmé le diagnostic de dépression sévère, apparue dans l'année qui a suivi l'accident, soit en 1998, sans pour autant pouvoir affirmer un lien de causalité directe avec celui-ci. Ils ne pouvaient pas exclure complètement tout conflit intra-psychique à l'origine du trouble douloureux ni une névrose de compensation. Toutefois, compte tenu de la présence de l'état dépressif, de la bonne compliance médicamenteuse et de la cohérence du comportement vis-à-vis de tous les intervenants, ils ne pouvaient pas admettre qu'il s'agissait d'un comportement feint et d'une amplification consciente des symptômes. Le phénomène d'amplification observé ne permettait pas de retenir une simple recherche de rente. Le recourant était totalement incapable de travailler, le pronostic étant très réservé.

b. Dans son évaluation psychiatrique de 2005, le Dr D_____ a exposé que l'évaluation du cas était difficile, notamment en raison de la faible collaboration de l'assuré et des réponses contradictoires apportées, qui pouvaient faire douter de l'authenticité des réponses. L'inactivité du recourant était totale et impressionnante.

Il excluait le diagnostic d'état de stress post-traumatique, et celui de simulation ou de trouble factice, car l'état dépressif était authentique. A son avis, l'état régressif objectivé, correspondant à un état dépressif moyen, excluait toute capacité de travail. Sans pouvoir se prononcer avec certitude sur la capacité de travail en 1999, il estimait que celle-ci était aussi totale à cette époque. Par ailleurs, même si le comportement du recourant laissait penser que certains symptômes pouvaient être amplifiés, l'expert n'en déduisait pas une névrose de rente.

c. Le Tribunal de céans constate que ces deux expertises convergent sur les points essentiels. Elles excluent l'état de stress post-traumatique et retiennent le diagnostic de dépression, sévère pour le COMAI, moyenne pour le Dr D_____, entraînant une incapacité de travail entière. Le Dr E_____, médecin conseil de l'intimée, reproche aux deux expertises de ne pas avoir tiré les conclusions qui s'imposaient par rapport au manque de collaboration du recourant observé. En réalité, les deux expertises relèvent l'attitude peu collaborante du recourant, le retard dans les réponses, et n'excluent pas un phénomène d'amplification des symptômes. Elles écartent en revanche la névrose de rente et le trouble factice (simulation), vu l'authenticité de la dépression. L'avis du Dr E_____ ne saurait remettre en cause la valeur probante de deux expertises psychiatriques, ce d'autant plus que ce médecin n'est pas psychiatre. Il convient d'ajouter que l'assuré suit une psychothérapie et des traitements antidépresseurs depuis le mois de mai 1998. Quant au fait que le test de Hamilton effectué par le Dr D_____ ait abouti à un score de 17 sur 65, indicatif d'une dépression légère, il ne s'agit là que d'un élément diagnostique parmi d'autres, comme le relève à juste titre le Dr D_____. S'agissant du début de l'incapacité de travail, l'expertise du COMAI atteste d'une incapacité de travail entière depuis le mois de novembre 1997 jusqu'à la date de l'expertise (2001). Le Dr D_____ atteste aussi d'une incapacité de travail entière au moment de son examen (en 2005), et il estime, sans pouvoir être affirmatif, que l'assuré était déjà totalement incapable de travailler en 1999.

d. Le Tribunal de céans observe par ailleurs qu'une nouvelle expertise psychiatrique pourra très difficilement jeter davantage de lumière sur l'état de santé psychique du recourant pendant la période concernée par la demande de prestations, soit entre 1999 et 2001, compte tenu du temps écoulé.

e. Il y a donc lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité de travail entière entre 1999 et 2001, ce qui est confirmé par la décision de l'OCAI du 7 juin 2002, lui octroyant une rente d'invalidité de 100% depuis le 24 novembre 1998, étant précisé que l'OCAI a maintenu l'octroi de cette rente par décision du 25 octobre 2006. Il ressort aussi de l'expertise du COMAI et de celle du Dr D_____, qui ont exclu le diagnostic de syndrome post-traumatique, que l'état dépressif ne trouve pas son origine dans l'accident, même s'il a fait son apparition après celui-ci. Le Tribunal fédéral des

assurances a d'ailleurs exclu que l'accident, de gravité tout au plus moyenne, puisse être à l'origine de la dépression sévère.

11. Il résulte de ce qui précède que l'intimée n'était pas fondée à exiger la mise en place d'une nouvelle expertise et à nier le droit du recourant à l'indemnité journalière pour maladie dès le 1^{er} mars 1999, sous prétexte que la situation médicale n'était pas suffisamment instruite. Le recours est donc bien fondé dans sa conclusion tendant à faire constater que le recourant souffre d'une incapacité de travail entière depuis le 1^{er} mars 1999 pour cause de maladie. La cause sera renvoyée à l'intimée à charge pour cette dernière de fixer l'étendue du droit, du point de vue temporel et de sa quotité, au regard notamment d'une éventuelle surindemnisation.

**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. L'admet partiellement.
3. Constate que Monsieur D_____ est dans l'incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} mars 1999 pour cause de maladie.
4. Annule les décisions des 27 septembre et 18 novembre 2005.
5. Renvoie la cause à CMBB GROUPE MUTUEL ASSURANCES pour qu'elle fixe le montant des indemnités dues au recourant.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 1'500 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

La Présidente :

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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