REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4337/2005 **ATAS/1146/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 24 octobre 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , LE GRAND-SACONNEX, recourant
représenté par FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD

contre

CAISSE-MALADIE 57, sise Jupiterstrasse 15, BERN intimée

Siégeant : Marc MATHEY-DORET, Président; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le recourant), né le 1952, originaire du Portugal, est assuré auprès de la Caisse-maladie 57 (ci-après : l'intimée) depuis le 1er juin 2000 dans le cadre d'un contrat d'assurance collectif conclu par son employeur, exerçant la profession de mécanicien sur voitures.

2. Le recourant est licencié par son employeur avec effet au 28 février 2003 et sa couverture d'assurance auprès de l'intimée est modifiée en contrat individuel dès le 1er mars 2003.

3. Du 24 février 2003 au 30 juin 2003, le recourant se trouve à l'arrêt total de travail, préconisé par son médecin-traitant, le Dr A1_____ en raison d'un lumbago et d'un état dépressif.

4. Un rapport établi par le Dr. B_____, spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie, daté du 15 avril 2003, pose le diagnostic de troubles de l'humeur organiques (CIM-10 F 06.3) et fait état de troubles du rachis avec importante dystonie neurovégétative, spasmes, contractures, fatigabilité, impressions subjectives disséminées, transpirations, céphalées et météo-sensibilité. Ledit praticien prodigue au recourant un traitement sous forme de psychothérapie de soutien et mentionne un risque d'invalidité vu l'évolution vers la chronicité constatée. Le Dr. B_____ ne se prononce pas s'agissant de l'incapacité de travail.

5. Suite à une visite de contrôle du recourant auprès du Dr. C_____, médecin-conseil de l'intimée, le 11 juin 2003, lequel a préconisé une reprise de travail à 100% dès le 1er juillet 2003 dans un emploi adapté, le recourant s'est adressé à l'assurance-chômage.

6. Un rapport succinct du Dr. D_____, chef de clinique adjoint du département de chirurgie orthopédique des HUG, daté du 21 octobre 2003, fait état d'une incapacité totale de travail en raison de lombalgies chroniques.

7. Un rapport du Dr. E_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, daté du 25 novembre 2003, fait état de céphalées chroniques, d'un syndrome cervico-lombo vertébral et d'un état dépressif. Le pronostic demeure incertain en dépit d'une amélioration constatée sous traitement myorelaxant. L'incapacité de travail est totale. Une expertise paraît souhaitable. Des travaux physiquement lourds semblent définitivement impossibles. En revanche, il existe probablement une capacité de travail dans d'autres domaines.

8. Au mois de mars 2004, l'intimée a mandaté le Centre Multidisciplinaire de la Douleur afin de procéder à une expertise médicale du recourant.

Dans leur rapport daté du 9 juin 2004, les Dr. F_____ Rhumatologue FMH et. G_____, Psychiatrie-Psychothérapie FMH, exposent que le recourant présente depuis 3 à 4 ans des lombalgies progressives non spécifiques entrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il s'est progressivement désinséré du milieu du travail et de son environnement social et s'est installé dans un état dépressif. L'ensemble des options thérapeutiques n'a pas contribué à une amélioration quelconque de l'expression douloureuse. Les examens radiologiques n'ont mis en évidence aucune atteinte spécifique. Sur le plan somatique, on peut attendre du recourant qu'il reprenne un travail à temps plein. Sur le plan psychique, le trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif léger à moyen et une petite perte d'insertion sociale, ne justifie pas en soi d'une incapacité de travail. Cependant, le pronostic est pessimiste quant à une éventuelle reprise de travail, compte tenu de la démotivation du recourant, lequel se trouve figé dans un processus d'invalidation.

9. Sur le plan des prestations, l'intimée a versé au recourant des indemnités journalières à 100% jusqu'au 30 juin 2003, puis du 5 septembre 2003 au 31 août 2004. Dans l'intervalle, le recourant a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

10. Par décision du 30 juin 2004, l'intimée a mis fin au versement des prestations avec effet au 31 août 2004 en se basant sur les conclusions de l'expertise du Centre Multidisciplinaire de la Douleur.

11. Par courrier recommandé du 8 juillet 2004, le recourant a formé opposition contre ladite décision, puis motivé son opposition sur invitation de l'intimée, par acte du 19 août 2004, concluant à la reprise du versement d'indemnités journalières à 100%, estimant que le rapport d'expertise du Centre Multidisciplinaire de la Douleur ne répondait pas de manière satisfaisante à la question de la capacité résiduelle de travail, notamment eu égard au fait qu'une reprise de travail était conditionnée à des mesures médicales qui n'avaient pas été évaluées ni même, cas échéant, été suivies. Selon le recourant, ledit rapport était en outre contradictoire, dans la mesure où les conclusions des experts ne correspondaient pas à leurs observations.

    Le recourant a ensuite encore complété son opposition, après consultation du dossier, par courrier du 28 octobre 2004. Il faisait valoir que la conclusion des experts du Centre Multidisciplinaire de la Douleur selon laquelle aucune pathologie psychiatrique sous-jacente grave n'était suggérée par les éléments constatés, était contredite par leurs observations, les mêmes médecins ayant au contraire constaté la présence d'idées délirantes et suicidaires chez le recourant. Les contradictions relevées dans le rapport d'expertise devaient conclure à lui dénier toute valeur probante. L'incapacité de travail totale du recourant était établie à satisfaction.

12. Par décision sur opposition du 28 novembre 2005, l'intimée a rejeté l'opposition formée par le recourant, au motif que ce dernier n'avait pas fourni d'éléments objectifs suffisants pour remettre en cause les avis médicaux figurant au dossier selon lesquels il était apte à travailler à 100%.

13. Par acte du 7 décembre 2005, le recourant a formé recours contre ladite décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS). Reprenant les arguments déjà développés précédemment, le recourant concluait à l'annulation de la décision querellée, à la reprise du versement des prestations et, subsidiairement, à ce que le Tribunal ordonne une nouvelle expertise psychiatrique.

14. Dans ses observations du 23 janvier 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours en se fondant sur les conclusions de l'expertise du Centre Multidisciplinaire de la Douleur.

15. A l'occasion de sa duplique du 9 février 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions.

16. En date du 27 février 2006, le TCAS a interpellé le Centre Multidisciplinaire de la Douleur en lui demandant d'expliquer pourquoi, nonobstant les éléments relevés (idées suicidaires, sentiment de persécution par sorcellerie, etc.), les experts avaient conclu à un état dépressif d'intensité mineure à moyenne, excluant toute pathologie psychiatrique grave.

17. Par courrier du 4 avril 2006, le Dr. G_____ a répondu au TCAS, relevant n'avoir pas relevé chez le recourant d'élément de la lignée psychotique, mais un discours figé auteur des plaintes douloureuses, typique d'un processus d'invalidation. S'agissant des éléments d'anamnèse évoqués par le Tribunal, ils pouvaient être tout-à-fait banals mais aussi signes de délire. Le contexte global, le milieu socioculturel et la manière de raconter l'évènement, avait fait pencher les experts pour la première alternative. Enfin, les idées suicidaires n'impliquaient pas de facto un état dépressif important.

18. Dans ses observations du 25 avril 2006, le recourant considérait que les explications du Dr. G_____ ne fournissaient pas d'éclaircissements plausibles pour expliquer le caractère contradictoire entre ses observations et ses conclusions. La description faite de l'état du recourant par le Dr P. G_____ lui-même mettait en lumière un état psychique gravement dégradé.

19. Dans ses écritures du 28 avril 2006, l'intimée faisait valoir que les éclaircissements apportés par le Dr. G_____ confirmaient que le recourant était en mesure de travailler.

20. Par ordonnance du 6 décembre 2006, le TCAS a ordonné une expertise psychiatrique et commis à cette fin le Dr H_____, spécialiste FMH en Psychiatrie et Psychothérapie.

21. L'expert H_____ a rendu son rapport en date du 30 avril 2007. Après avoir commenté les pièces principales du dossier, exposé les données subjectives (plaintes actuelles, vie quotidienne et socio-affective, traitements en cours, antécédents et éléments biographiques significatives), relaté ses constatations objectives à la suite de deux examens cliniques, l'expert pose les diagnostics de probable trouble délirant (F 22.0), syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et dysthymie (F 34.1). S'agissant de leur répercussion sur la capacité de travail, l'expert estime que la dysthymie ne justifie pas en soi d'incapacité de travail durable. En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert relève qu'il est en l'occurrence associé d'une comorbidité qui peut être qualifiée de durable et sévère, à savoir le trouble délirant. Il n'y a pas d'atteinte somatique significative. En revanche, l'état psychique est figé, la désinsertion sociale est avancée et les douleurs sont restées insensibles aux traitements prodigués. Quant au trouble délirant, il n'empêche pas en soi l'exercice d'une activité professionnelle, mais il altère gravement les relations sociales souvent jusqu'à l'isolement complet, y compris dans le cadre de l'activité professionnelle. En synthèse, du fait de la faible tolérance du recourant dans les relations sociales, l'expert estime que la capacité de travail raisonnablement exigible ne dépasse pas 50%, dans n'importe quelle activité y compris celle de mécanicien autos. Ce taux d'incapacité de travail remonte à février 2003.

22. Dans ses observations du 15 mai 2007, le recourant persiste dans ses conclusions tendant à l'octroi d'indemnités journalières à 100%, produisant deux rapports d'imagerie médicale datant de juin et août 2006, attestant de dégénérescence discale et de discopathie cervicale modérée, ainsi que de dégénérescence discale lombaire et hernie discale lombaire.

    L'intimée n'a pas formulé d'observations.

    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 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).

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.

   4. b. Interjeté dans les délai et forme imposés par la loi le recours est recevable (art. 1 LAMal et 56 à 60 LPGA).

5. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières au-delà du 31 août 2004, singulièrement sur l'existence et la mesure d'une incapacité de travail pour cause de maladie dès cette date. Dans la mesure où les faits déterminants sont survenus après l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de la LPGA, il convient d'en appliquer les dispositions au cas d'espèce.

6. Aux termes de l'art. 72 alinéa 1 LAMal, 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 LAMal et 6 LPGA).

7. 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), ainsi que sous le régime de la LPGA, laquelle n'a pas entraîné de modification particulière à cet égard.

8. 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).

9. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient 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).

10. 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).

11. En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné une expertise médicale confiée au Dr H_____, lequel a rendu son rapport en date du 30 avril 2007.

12. Ce rapport, dont les conclusions ne sont pas véritablement contestées par les parties, répond aux exigences fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière et emporte la conviction du Tribunal de céans, qui fera donc siennes ses conclusions.

13. Il y a donc lieu de retenir que le recourant souffre de troubles psychiques, soit d'un trouble délirant (F 22.0), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et de dysthymie (F 34.1) qui, par leur effet conjugué et leur intensité, justifient d'une incapacité de travail de 50% dans l'exercice de la profession antérieure, comme dans toute autre activité adaptée. En ce qui concerne plus spécifiquement le trouble somatoforme douloureux chronique, l'expert relève

qu'il est associé d'une comorbidité qui peut être qualifiée de durable et sévère, sous la forme d'un trouble délirant. L'état psychique est figé, la désinsertion sociale avancée et les douleurs résistent à tout traitement.

14. La synthèse faite par l'expert qui retient globalement une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% apparaît convaincante et conforme aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 130 V 398 et ss).

15. Il n'existe dès lors aucun motif de s'en écarter.

16. Le recourant fait par ailleurs valoir que la présence de troubles somatiques justifient de retenir une incapacité de travail totale, quel que soit le domaine d'activité.

17. Le Tribunal ne partage pas ce point de vue.

18. Il ressort au contraire des éléments médicaux du dossier, en particulier de l'expertise bidisciplinaire du Centre Multidisciplinaire de la Douleur du 9 juin 2004 que, sur le plan strictement somatique, aucune incapacité de travail ne se justifie. C'est également l'avis de l'expert H_____, lequel retient qu'il n'existe pas d'atteinte somatique significative.

19. Le rapport du Dr E_____ du 25 novembre 2003, médecin-traitant du recourant, ne dit pas autre chose lorsqu'il indique que si des travaux physiquement lourds semblent impossibles, il existe probablement une capacité de travail dans d'autres domaines.

20. Les seuls éléments médicaux allant dans le sens d'une incapacité totale de travail sont le certificat initial du Dr. A1_____ qui date du mois de février 2003 et un certificat lapidaire du Dr D_____ du 21 octobre 2003. Toutefois, ces avis médicaux non motivés et antérieurs à l'expertise pluridisciplinaire du Centre Multidisciplinaire de la Douleur et à l'expertise du Dr H_____ ne permettent pas de remettre en question les conclusions de celle-ci.

21. Aucun autre élément du dossier n'est par ailleurs susceptible d'étayer l'existence d'une incapacité de travail entière, comme le soutient le recourant.

22. En particulier, les rapports d'imagerie médicale produits (tardivement) ne se prononcent nullement sur la question de la capacité de travail.

23. En conséquence, le Tribunal constate que le recourant n'établit pas à satisfaction de droit l'existence d'une incapacité de travail au-delà des 50% retenus par l'expert H_____.

24. Cela conduit à l'admission partielle du recours, en ce sens qu'il est constaté que le taux d'incapacité de travail du recourant est de 50% dans toute profession au-delà du 30 août 2004.

25. La cause sera renvoyée à l'intimée, à charge pour cette dernière de fixer l'étendue du droit aux indemnités journalières, du point de vue temporel et de sa quotité.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions des 30 juin 2004 et 28 novembre 2005.

4. Constate que le taux d'incapacité de travail de Monsieur Antonio A_____ est de 50% au-delà du 30 août 2004 dans toute profession.

5. Renvoie la cause à la Caisse-maladie 57 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	Le président
Sylvie CHAMOUX	Marc MATHEY-DORET

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