

## **GE\_GERICHTE ATAS/1137/2017 vom 13. Dezember 2017**

GE Cour de justice, 2017-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1137\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1137_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1137/2017 du 13 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1137/2017 del 13 dicembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, 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). Selon la police d'assurance, le contrat liant l'employeur de l'assurée à Swica est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 90 des Conditions générales d'assurance (CGA) régissant l'assurance collective indemnité journalière selon la LCA de Swica prévoit que le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

#### **E. 3**

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

A/4174/2016 - 20/30 -

#### **E. 4**

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

#### **E. 5**

Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces

principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d ; 127 III 248 consid. 3a, 519 consid. 2a); cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 p. 226; 129 III 18 consid. 2.6 p. 24 ss).

A/4174/2016 - 21/30 - L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 132 III 83 consid. 3.4; ATF 140 III 24 consid. 3.3.3). Les allégations précises de l'expertise privée – contestées de manière globale – peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Dans le cadre d'un litige portant sur le versement d'indemnités journalières d'une assurance-maladie perte de gain soumise à la LCA, l'existence d'un tel indice objectif peut revêtir la forme d'une décision de refus de prestations par laquelle l'office de l'assurance-invalidité estime que la capacité de gain d'un assuré est entière (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.2).

## E. 6

En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise rendue le 26 février 2016. Le rapport d'expertise est fondé sur le dossier médical, des examens cliniques de l'assurée et des examens biologiques. Il contient une anamnèse complète, décrit les plaintes de l'assurée et le résultat des examens cliniques de cette dernière, sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Les conclusions auxquelles les experts sont parvenus sont convaincantes et ne contiennent pas de contradiction. La demanderesse remet en cause la valeur probante de l'expertise en se prévalant d'un rapport établi le 6 juin 2017 par l'Institut de chimie clinique, aux termes duquel le résultat de dépistage opiacés rendu le 19 décembre 2016 sur le prélèvement du 15 décembre 2016 aurait à tort été rendu négatif en se fondant sur une valeur seuil utilisée pour une matrice urinaire, ce qui était erroné puisque le prélèvement du 15 décembre 2016 était du sérum. Ce rapport ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de l'expertise, dès lors qu'il répond à une demande émanant du conseil de la demanderesse dont on ignore la teneur exacte, mais surtout parce qu'il a trait à un prélèvement effectué le 15 décembre 2016 et à des analyses demandées par le Dr D\_\_\_\_\_ et pas aux prélèvements effectués par les experts. En effet, à teneur du rapport d'expertise, l'experte-rhumatologue a procédé à un dépistage urinaire le 26 janvier 2016 (du fait de la prescription d'analgésiques opioïdes) et l'expert-psychiatre a procédé à un dosage sérique du Laroxyl le 19 janvier 2016. Il est en outre établi que le traitement au Durogesic a été instauré trois semaines à un mois avant le dépistage urinaire effectué par l'experte-rhumatologue. Il en résulte que les analyses effectuées à la

A/4174/2016 - 22/30 - demande du Dr D\_\_\_\_\_ sur des prélèvements effectués en juillet 2016 et le 15 décembre 2016 ne sont pas pertinents pour juger de la compliance de l'assurée en lien avec la prise de Durogesic en janvier 2016. La demanderesse n'apporte ainsi pas le moindre indice pertinent remettant en cause les résultats des analyses effectuées par les experts et par voie de conséquence leurs conclusions. L'experte-rhumatologue a bien effectué un dépistage urinaire pour établir la compliance au traitement d'analgésique opioïde, étant relevé que la demanderesse portait alors un patch de Durogesic - ce qu'elle a confirmé lors de l'audience du 29 novembre 2017 - dont le principe actif est du fentanyl, un analgésique opioïde. Il ne s'agissait donc pas d'un patch de buprenorphine, contrairement à ce qu'a soutenu la demanderesse dans ses écritures du 9 juin 2017. Les conclusions de l'expertise ne sont, en outre, pas sérieusement remises en doute par le très bref et peu motivé avis médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2016, lequel retenait que l'état physique et psychique de sa patiente ne lui permettait pas de reprendre son activité professionnelle, dès lors qu'il n'est pas spécialiste en rhumatologie ni en psychiatrie. Sur le plan rhumatologique, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin rhumatologue de la demanderesse, rejoint les conclusions des experts, dès lors qu'il considérait, dans son rapport du 5 juillet 2016, que les différents troubles ostéo-articulaires de celle-ci n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives. Contrairement aux experts, il estimait en revanche que la demanderesse souffrait d'une fibromyalgie invalidante. Il a toutefois précisé, à juste titre, le 3 janvier 2017, que s'il estimait que le diagnostic de fibromyalgie était invalidant, dès lors que la patiente devrait suivre régulièrement un traitement de Saroton, Sirdalud, Xanax, Imovane, Transtec et Temgesic, il admettait que cette question était du ressort d'un psychiatre, ce qu'il n'est pas. Son appréciation n'est ainsi pas déterminante. Les 21 juin et 27 décembre 2016, la Dre I\_\_\_\_\_, a indiqué être en désaccord avec les conclusions de l'expertise du 26 février 2016, relevant que la demanderesse souffrait d'un état anxio-dépressif sévère, de troubles du sommeil, qu'elle restait tendue, irritable et inquiète, qu'elle se sentait fatiguée, qu'elle était

très inquiète pour son état de santé et son avenir et disait avoir des difficultés à faire face dans la vie de tous les jours. Elle n'avait pas de plaisir, ni de loisirs et se repliait sur elle-même. Dans son second rapport, elle mentionnait qu'elle en avait « ras le bol de la vie ». Ces brefs avis médicaux peu détaillés ne remettent pas non plus en cause les conclusions contraires des experts, étant relevé que la Dre I\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assurée. Quant à l'avis médical établi par la Dre K\_\_\_\_\_ le 12 mai 2017, il confirme le diagnostic de fibromyalgie sans se prononcer quant à son effet sur la capacité de travail de la demanderesse. Pour les motifs sus-évoqués, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante à l'expertise du 26 février 2016.

A/4174/2016 - 23/30 - Il s'agit certes là d'une expertise privée, qui ne constitue pas un moyen de preuve et qui doit être considérée comme une simple allégation de partie. Dans la mesure toutefois où la demanderesse en conteste les conclusions de façon globale en se référant aux avis partiellement contraires de ses médecins traitants et ne discute pas précisément les allégations figurant dans le rapport d'expertise, pas plus que ne l'ont fait ses médecins, l'on se trouve dans un cas où une telle expertise est suffisante pour apporter la preuve de la véracité des allégations, dans la mesure où elle est appuyée par des indices objectifs. Constitue un tel indice, selon la jurisprudence, le fait que l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité à la demanderesse. Constitue également un tel indice le fait que les rapports médicaux du Dr C\_\_\_\_\_ des 5 juillet 2016 et 3 janvier 2017 confirment que les troubles ostéo-articulaires dont souffre la demanderesse n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives. Enfin, les déclarations de l'assurée en audience ont également permis de confirmer les faits décrits dans l'anamnèse du rapport d'expertise, faits qui sont déterminants dans le cas d'une fibromyalgie pour déterminer si cette dernière peut être considérée comme invalidante selon les indicateurs développés par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence récente. En conséquence, il peut être retenu, sans violation de l'art. 168 CPC, que l'expertise privée de la défenderesse établit suffisamment la capacité de gain totale de la demanderesse, sans qu'il se justifie de faire procéder à une expertise judiciaire, ni d'entendre les Drs C\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, qui ont pu s'exprimer par le biais de leurs rapports. La seule critique de l'expertise plus précisément développée par la demanderesse a trait à la conclusion de sa non-compliance retenue par les experts, qui serait, selon elle, fondée sur des résultats erronés. Or, il a été démontré précédemment que les pièces produites par la demanderesse à ce sujet n'emportent pas conviction, de sorte qu'il n'est pas rendu vraisemblable que l'expertise est fondée sur des résultats d'analyse erronés.

## **E. 7**

En ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie posé par les experts et considéré par eux comme non incapacitant, il convient d'analyser si leurs conclusions sont compatibles avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les

critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2).

A/4174/2016 - 24/30 - Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

A/4174/2016 - 25/30 - Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux : comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent

au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble

A/4174/2016 - 26/30 - somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au

comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

A/4174/2016 - 27/30 - B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

## **E. 8**

En l'espèce, s'agissant des indicateurs de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle, il ressort de l'expertise et des déclarations de la demanderesse que les douleurs ressenties par celle-ci sont d'une intensité variable et ne s'accompagnent pas d'un sentiment de détresse marqué. En effet, ses algies lui permettaient et lui permettent encore d'aller de temps en temps au restaurant, de recevoir des amis chez elle, de faire quelques tâches ménagères, de lire, de regarder la télévision et d'aller à la piscine. Selon l'expert psychiatre, l'assurée n'avait pas vécu de facteurs de stress psychosocial identifiables. Les douleurs éprouvées ne remplissaient pas les critères d'un tel facteur de stress et les difficultés conjugales rapportées s'étaient amendées et n'avaient pas engendré de symptomatologie particulière, ni de prise en charge spécifique. Il n'apparaît donc pas que les douleurs dont souffre la demanderesse sont survenues dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. L'expert a relevé que l'assurée présentait une certaine tristesse réactionnelle à sa situation actuelle, mais l'intérêt et le plaisir étaient conservés et la perte d'énergie était mise en lien avec les plaintes algiques. Son discours au jour de l'expertise ne mettait pas en exergue des plaintes importantes hors du champ des douleurs. La concentration n'était pas altérée, avec une activité de lecture conservée ou le visionnage de la télévision. Les idées de mort n'étaient jamais présentes. Ces observations sont confirmées par les déclarations de la demanderesse lors de l'audience du 29 novembre 2017. En effet, si elle indiquait en premier lieu que son état de santé avait empiré depuis le 5 février 2016, il résulte toutefois de la suite de ses déclarations que sa situation n'a pas changé depuis l'expertise. Si elle ne se

rendait plus à la piscine, elle a précisé que c'était en raison

A/4174/2016 - 28/30 - de problèmes avec sa famille en Espagne et non d'un état douloureux plus important. Elle continuait à s'occuper de la lessive et mentionnait même utiliser un petit aspirateur, ce qu'elle ne faisait pas au moment de l'expertise. Elle continuait à lire, à regarder la télévision et des amis lui rendaient visite. Elle se sentait entourée et s'entendait bien avec son mari avec lequel elle allait parfois, avec des connaissances, au restaurant. Sur le plan psychologique, elle avait des hauts et des bas. Le fait de ne pas pouvoir travailler influait sur son moral. Chaque fois qu'elle allait voir ses collègues, ce qui lui arrivait encore, ce n'était pas évident. Son moral dépendait aussi des douleurs et du fait qu'elle restait à la maison, alors qu'à son âge, elle devrait travailler. Certes, elle indiquait souffrir de douleurs qui la limitaient, en particulier dans la marche, et ne plus pouvoir faire les mêmes activités qu'auparavant. Néanmoins, il résulte de ses déclarations que son état n'atteint pas l'intensité correspondant à une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse et qu'elle éprouvait lors de l'expertise - et qu'elle éprouve encore - du plaisir et de l'intérêt à certaines activités. S'agissant de l'indicateur du succès du traitement, les experts ont retenu une absence de compliance au traitement médicamenteux de la demanderesse sur la base d'examens biologiques. À cet égard, il sera rappelé que cette dernière n'a pas sérieusement remis en cause les résultats de ces examens avec les pièces produites. Il n'y a donc pas lieu de s'éloigner des conclusions de l'expertise à cet égard et il doit être retenu que la compliance n'était pas totale. Par ailleurs, il ressort de l'expertise que l'assurée n'avait pas de suivi spécialisé régulier que ce soit au niveau somatique ou psychiatrique, ce qui est confirmé par le rapport établi par la Dre I\_\_\_\_\_ le 21 juin 2016, dont il ressort que l'assurée l'a consultée le 11 février 2016, soit après ses rendez-vous avec les experts, qui ont eu lieu les 19 et 26 janvier 2016. Il ne ressort en outre pas de ce rapport qu'elle suivrait depuis lors un traitement régulier auprès de cette spécialiste. S'agissant de l'indicateur de la comorbidité, aucun diagnostic de la lignée d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'adaptation ne pouvait être retenu selon l'expert-psychiatre. Les plaintes de l'expertisée étaient essentiellement algiques. Il n'apparaît ainsi pas que la comorbidité psychique joue un rôle prépondérant et qu'elle prive la demanderesse de ses ressources. S'agissant de la structure de sa personnalité, l'expert-psychiatre a relevé que la demanderesse décrivait une confiance et une estime altérées du fait de la mauvaise évolution de la symptomatologie, mais qu'elle gardait quand même confiance en elle. Elle ne souffrait pas de ralentissements psychomoteurs, mais d'un ralentissement réactionnel à la problématique algique. La demanderesse n'apparaît ainsi pas dénuée de ressources personnelles. S'agissant de l'indicateur du contexte social, il ressort du rapport d'expertise et de ses propres déclarations que la demanderesse bénéficie du soutien de son fils et son mari ainsi que d'amis. Son contexte social est dès lors favorable, même s'il reste limité.

A/4174/2016 - 29/30 - S'agissant des indicateurs liés à la cohérence, il convient de relever que la demanderesse n'est pas totalement inactive sur le plan personnelle, puisqu'elle a des activités dans le cadre de sa maison et également à l'extérieur, indiquant sortir pour aller au restaurant, à la piscine et rendre visite à ses anciens collègues. Au vu de l'analyse des indicateurs, il doit être retenu comme établi, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que la fibromyalgie dont souffre la demanderesse est surmontable et, partant, que celle-ci n'est pas invalidante, comme les experts l'ont retenu en précisant qu'en témoignaient également la tendance à la majoration des plaintes ainsi que les discordances cliniques relevées. À cet égard, la chambre de céans doit convenir qu'une tendance à l'exagération est

confirmée par la teneur des déclarations de la demanderesse lors de l'audience du 29 novembre 2017. Cette dernière a en effet indiqué en premier lieu que son état s'était dégradé depuis l'expertise, sans toutefois le démontrer par la suite, dans la mesure où il ressort de ses déclarations que ses activités et relations sociales n'ont pas changé. Elle a, en outre, dans un second temps, déclaré de façon contradictoire qu'au moment de l'expertise, elle faisait moins de choses qu'actuellement, car elle n'était pas bien du tout.

#### **E. 9**

Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir qu'il est suffisamment établi que la demanderesse n'était pas en incapacité de travail du 15 février au 6 décembre 2016 et sa demande en paiement d'indemnités journalière pour perte de gain maladie pour cette période doit en conséquence être rejetée. Il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens dès lors qu'elle succombe (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

A/4174/2016 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.