

GE_GERICHTE ATAS/288/2020 vom 17. März 2020

GE Cour de justice, 2020-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_288_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/288/2020 du 17 mars 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/288/2020 del 17 marzo 2020

Erwägungen

E. 31

Dans sa détermination du 12 novembre 2019, le demandeur répète être totalement incapable de travailler, y compris sur le plan psychique. Il conteste le complément d'expertise du 27 août 2019. Il ne souffrait pas d'un épisode dépressif moyen, mais d'un état dépressif récurrent depuis 2012, sans rémission. Les experts indiquaient que leurs conclusions valaient « dès la date de la conclusion de leur expertise ». Ils ne s'étaient donc pas prononcés sur la capacité de travail pour la période antérieure. L'état de santé physique et psychique ne pouvait alors pas être jugé sur la base de cette expertise qui avait de surcroît ignoré le trouble du sommeil et les angoisses. En outre, l'impact du syndrome somatoforme douloureux sur la capacité de travail devait être observé à la lumière des indices jurisprudentiels en la matière. Les experts concluaient à une détérioration de l'état de santé depuis l'expertise du Dr C_____ du 25 novembre 2014, mais n'établissaient pas de lien entre les douleurs et le trouble somatoforme douloureux ou l'état dépressif. Les experts évitaient toute référence aux multiples rapports médicaux (soit ceux des Drs L_____ du 28 août 2014, N_____, spécialiste FMH en neurologie, du 6 novembre 2014, et G_____ du 29 octobre 2015) qui relevaient d'importantes lésions post-traumatiques dues à l'accident du 26 juin 2014. Le demandeur a produit en particulier : – le certificat du Dr E_____ du 4 octobre 2019, attestant d'une capacité de travail nulle du 1er au 31 octobre 2019, prolongée dès le 1er novembre 2019, selon l'évolution, par certificat du 30 octobre 2019 ; – le certificat du 15 octobre 2019 de la Dresse K_____, attestant d'une capacité de travail nulle du 1er au 31 octobre 2019, prolongée du 1er au 31 novembre 2019 par certificat du 29 octobre 2019 ; – le rapport du Dr L_____ du 28 août 2014, indiquant avoir vu le demandeur pour avis neurochirurgical suite à sa chute responsable de douleurs lombaires. Avant cet événement traumatique, le patient ne présentait aucune lombalgie, aucun

A/2390/2016 - 11/22 - historique de sciatique. L'IRM et le status neurologique étaient totalement rassurants. Il existait tout au plus une discrète discopathie L4-L5 sans conflit ; – le rapport du Dr N_____ du 6 novembre 2014, mentionnant que le demandeur souffrait de douleurs lombaires persistantes depuis une chute fin juin. Le bilan IRM ne montrait pas de conflit radiculaire, hormis quelques articulations postérieures quelque peu proéminentes sans réel canal lombaire étroit. L'examen ENMG (électroneuromyographique) ne révélait pas de signe lésionnel radiculaire examiné au membre inférieur droit. Vu le caractère traumatique de l'affection, le médecin préconisait une radiologie fonctionnelle flexion-extension de la colonne lombaire ; – le rapport du Dr G_____ du 29 octobre 2015, citant, en tant que motif de consultation, des lombalgies post-traumatiques. Sans avoir jamais souffert du dos, le demandeur avait fait une chute en juin 2014 et souffrait dès lors de douleurs lombaires invalidantes qui irradiaient jusque vers la nuque. Il ne parvenait plus à fonctionner normalement dans les actes de la vie quotidienne et ne pouvait plus rien

soulever. L'IRM lombaire du 15 août 2015 montrait de discrets troubles dégénératifs lombaires inférieurs prédominant en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. À ce dernier niveau, était reconnue une hyperdensité annulaire interprétée comme une rupture. Il existait également des épanchements articulaires postérieurs en L3-L4 des deux côtés et en L4-L5 gauche. Le médecin a conclu que, sans minimiser l'importance des répercussions des douleurs sur la qualité de vie du patient, il n'y avait aucun élément objectif permettant de lui proposer un traitement chirurgical efficace ; – le rapport du Dr E._____ du 30 octobre 2019, indiquant que son patient ne présentait pas de maladie chronique, mise à part une hypercholestérolémie, suite à l'accident du 26 juin 2014. Il présentait des rachialgies chroniques avec peu d'amélioration sur le plan thérapeutique ainsi qu'un syndrome dépressif chronique. Il en résultait une incapacité de travail totale pour une pathologie cumulative/mixte ; – le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 22 juin 2016, concluant à une discrète discopathie L3-L4, modérée L4-L5 et un peu plus marquée en L5-S1 ; à un débord discal asymétrique L4-L5, prédominant en région foramino- extraforaminale gauche en contact avec la racine L4 gauche ; à un rétrécissement discret du canal rachidien en L4-L5, multifactoriel : débord discal et surtout arthrose interapophysaire postérieure avec épaissement du ligament jaune et kyste arthrosynovial sous-ligamentaire gauche ; et à une arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 gauche modérée ; – le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 7 mai 2018, relevant un examen sans changement significatif par rapport à l'examen comparatif du 22 juin 2016, notamment il n'y avait pas de progression des discopathies ni de progression des débords de disque, ni de contact radiculaire. Étaient notées essentiellement des

A/2390/2016 - 12/22 - discopathies aux étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1, sans hernie discale ; et une arthrose interapophysaire postérieure étagée, globalement inchangée ; – le rapport d'IRM de l'épaule droite du 21 août 2018, retenant une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire et des signes de tendinopathie insertionnelle de l'infra-épineux et de la partie intra-articulaire du long chef du biceps, sans rupture transfixiante des tendons de la coiffe des rotateurs.

E. 32

Dans son écriture du 25 novembre 2019, le demandeur expose que ni l'expertise ni son complément ne mentionnent qu'il ne souffre pas d'une incapacité de travail consécutive à son accident. Il ajoute que, par arrêt du 19 septembre 2017, la chambre de céans avait rejeté l'argument de l'assureur selon lequel celui-là ne pouvait prétendre à être assuré au titre de l'assurance collective en conséquence de sa faillite.

E. 33

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité de la demande en paiement ont préalablement été examinées dans l'arrêt sur partie du 19 septembre 2017. Il suffit de s'y référer. 2. 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). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une

maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC – RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer

A/2390/2016 - 13/22 - les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). 3. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). 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).

A/2390/2016 - 14/22 - En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). 4. 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). 5. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. 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

A/2390/2016 - 15/22 - désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis

émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999). 6. L'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur, respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2; François BOHNET, Code de procédure civile annoté, 2016, n. 1 ad art. 58 CPC). 7. Le litige porte sur le droit éventuel du demandeur à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2014, date à laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations. Il sera rappelé que, contrairement à ce que fait valoir la défenderesse, le demandeur, bien que mis en état de faillite en avril 2012, était assuré au titre de l'assurance collective lors de la survenance de son incapacité de travail le 26 juin 2014. En effet, dans l'arrêt sur partie du 19 septembre 2017, entré en force, la chambre de céans a à cet égard constaté que la défenderesse n'avait pas invalidé le contrat d'assurance à satisfaction de droit, à défaut d'avoir notamment agi dans le délai légal imposé par l'art. 31 du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220) (ATAS/800/2017 consid. 15d). La chambre de céans ne saurait donc revenir sur ce point. La question de savoir si le litige est limité à la période du 1er janvier au 29 juin 2015, date à laquelle la défenderesse a, pour non-paiement des primes depuis le 1er avril 2015, suspendu la couverture d'assurance, ou plutôt au 31 décembre 2015,

A/2390/2016 - 16/22 - date à laquelle le contrat d'assurance a pris fin (cf. art. 25 CGA, aux termes duquel « après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à l'assureur] de verser des prestations s'éteint »), peut rester ouverte. En effet, ainsi qu'on le verra ci-après, même dans l'hypothèse où la période litigieuse s'étendait du 1er janvier 2015 jusqu'à épuisement du droit aux prestations en juin 2016, comme le soutient le demandeur, cela ne changerait rien à l'issue du litige. 8. a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1 ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations

d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). b. En l'espèce, la police d'assurance perte de gain valable à partir du 1er mars 2012 prévoit une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident couvrant le 100% du salaire assuré, durant 730 jours par cas sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours par cas également. L'art. 12 CGA dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [l'assureur] verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25%, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail. L'art. 16 CGA précise qu'on entend par incapacité de travail l'incapacité partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé, dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré. 9. a. En l'occurrence, la défenderesse, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 25 novembre 2014, complété le 9 novembre 2015, estime ne pas

A/2390/2016 - 17/22 - avoir à verser des indemnités journalières au demandeur au-delà du 31 décembre 2014. Ce dernier, se référant aux rapports de ses médecins traitants, requiert par contre le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100%. Le rapport du Dr C_____ du 25 novembre 2014 se fonde sur une anamnèse complète, l'examen clinique du demandeur et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris radiologique, et donc en connaissance de ses limitations provoquées par ses lombalgies. Les conclusions auxquelles le médecin est parvenu sont convaincantes et ne contiennent pas de contradiction. Ce rapport doit ainsi se voir reconnaître une pleine force probante. Le Dr C_____ relève en particulier que ni l'examen clinique ni les examens radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués par le demandeur, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement (p. 7). Le médecin évalue la capacité de travail de celui-ci à 80% dans son activité habituelle de teinturier, compte tenu de la position debout prolongée et des efforts mettant à contribution son dos. Il y a lieu de rappeler à cet égard que, contrairement à ce que soutient le demandeur dans son écriture du 2 janvier 2018, par arrêt du 22 mars 2016, dans la procédure opposant le demandeur à l'OAI, la chambre de céans n'a pas nié toute valeur probante à l'expertise du Dr C_____. Elle avait constaté qu'une instruction complémentaire devait venir compléter cette expertise, parce qu'elle avait considéré qu'elle ne pouvait se fonder sur l'expertise du Dr C_____ sans autre. En effet, la chambre de céans n'était pas en mesure de déterminer si les atteintes révélées par l'IRM du 14 août 2015, qui existaient déjà à la date déterminante de la décision litigieuse de l'OAI du 25 septembre 2014, avaient ou non une conséquence sur le droit du demandeur aux prestations AI. Dans son rapport du 9 novembre 2015, le Dr C_____, après avoir étudié l'IRM lombo-sacrée du 14 août 2015 – postérieure à son premier rapport –, conclut qu'il n'y a aucun argument médical justifiant une modification de son appréciation antérieure quant à la capacité de travail du demandeur. Certes, le rapport du Dr C_____ n'est pas une expertise au sens strict du terme, le demandeur n'ayant eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises audit médecin. En tant qu'expertise privée, ce rapport ne constitue pas un moyen de preuve et doit être considéré

comme une simple allégation de partie, à l'instar des rapports produits par le demandeur qui sont contestés par la partie adverse. b. Il convient donc de déterminer si les allégations résultant desdits documents, combinées à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur véracité. En l'espèce, constitue un tel indice le fait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 15 février 2019, établi à la demande de l'OAI, confirme que

A/2390/2016 - 18/22 - les troubles dont souffre le demandeur n'entraînent pas d'incapacité de travail de 25% au moins conformément à l'art. 13 CGA pendant la période critique du 1er janvier 2015 à juin 2016. Contrairement à ce que semble croire le demandeur, les experts se sont prononcés sur les répercussions des diverses atteintes à la santé qu'il présente sur sa capacité de travail durant la période litigieuse, en ce qui concerne en particulier le volet rhumatologique et neurochirurgical, qui, comme on le verra plus loin, est seul pertinent in casu, à l'inverse du volet psychiatrique. Leur évaluation de la capacité de travail à 50% à compter de l'expertise concerne uniquement l'état psychique du demandeur, qui n'est pas déterminant ici. Cela étant dit, le rapport d'expertise pluridisciplinaire précité est fondé sur les données objectives du dossier – soit les pièces médicales, y compris radiologiques (comprenant entre autres, les rapports médicaux et d'imagerie qu'a produits le demandeur dans la présente procédure, datés jusqu'à août 2018) –, les données subjectives du demandeur, une anamnèse complète, les examens cliniques, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Les conclusions sont motivées et convaincantes. En ce qui concerne les lombalgies, contrairement à ce que prétend le demandeur (écriture du 27 mai 2019), les experts n'ont pas ignoré les éléments mis en évidence dans l'IRM du 14 août 2015 (soit la dessiccation discale, le rétrécissement du canal spinal central, la petite hernie intra-spongieuse au niveau de la charnière dorso-lombaire ; cf. expertise rhumatologique du 31 août 2018, p. 28-29, 56). Ils ont étudié les différentes IRMs, et observé qu'il n'existe pas de lésion osseuse traumatique d'après l'IRM du 24 juillet 2014 (p. 28 et 38), ni de lésions dégénératives cliniquement significatives depuis lors (p. 32, 46, 56). Les IRMs de juin 2016 et mai 2018 ne montraient pas de conflits relevant des racines lombaires et le rétrécissement du canal rachidien était discret (p. 36 et 40), non significatif (p. 32 et 45). L'IRM du 7 mai 2018 n'avait pas mis en évidence de contact radiculaire ni de hernie discale (p. 31, 57). Ces aspects objectifs correspondaient d'ailleurs aux résultats cliniques de l'examen rhumatologique du 31 août 2018 qui n'avait pas mis en évidence de parésies des membres inférieurs, les réflexes étaient normaux, vifs et symétriques aux deux membres inférieurs (p. 36). Les lésions dégénératives, au vu des résultats de l'examen rhumatologique et de l'analyse des images radio-morphologiques réalisées depuis 2014, n'avaient aucune influence majeure sur la genèse des plaintes présentées par le demandeur, en raison de leur caractère peu évolutif et du manque d'une dysfonction segmentaire à l'examen clinique à caractère organique manifeste (p. 34). La symptomatologie douloureuse était attribuée, au premier plan, aux tensions musculaires persistantes au niveau de la colonne vertébrale (cervicale, thoracique et lombaire) et de la ceinture scapulaire, surtout droite, avec un caractère myotendinopathique, qui s'étaient développées progressivement (p. 34 et 46-47), lesquelles entraînaient des effets négatifs sur la capacité de travail (p. 58).

A/2390/2016 - 19/22 - Pour ce qui est de l'évolution de la capacité de travail au fil du temps, les experts relèvent que le Dr E_____, médecin traitant, avait rapporté le 24 juin 2016 une aggravation de lombosciatalgie à prédominance gauche depuis mars 2016. Or, l'IRM de la colonne lombaire du 22 juin 2016 ne permettait pas d'expliquer la gravité des

troubles subjectifs allégués (p. 46 et 52-53). Les experts retiennent que l'aggravation des douleurs s'est produite lorsque les tensions musculaires ont atteint la région cervicale et ensuite la région de l'épaule droite, sur la base des données anamnestiques fournies par le demandeur, soit dès août 2017. Ils considèrent ainsi qu'à compter de cette date, la capacité de travail de celui-ci, qui était jusque-là de 80% dans son activité habituelle, est devenue nulle, en raison de la difficulté à porter des charges au-delà de 5 kg de manière ponctuelle et de 1-3 kg de manière répétée, à effectuer des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, des mouvements de rotation avec le bras droit ainsi que des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux (p. 51-53 ; cf. aussi expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 29 ; rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 18-19). Par contre, dans une activité adaptée, le demandeur dispose d'une capacité de travail de 75% à compter d'août 2017 (cf. expertise rhumatologique du 31 août 2018, p. 54 ; expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 29-30 ; rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 19). Force est de constater que les rapports des experts, qui sont détaillés, à l'inverse de ceux émanant des médecins traitants, permettent de saisir le raisonnement qui ont amené ceux-là à considérer que le demandeur, sur le plan somatique, n'est plus en mesure de travailler dès août 2017 dans son activité habituelle. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre, le Dr J_____, retient un épisode dépressif moyen ayant un impact sur la capacité de travail du demandeur (50%) dès l'expertise. Le demandeur objecte, sur la base du rapport de la Dresse K_____ du 15 mai 2019, que sa capacité de travail est nulle depuis le 21 juin 2012 en raison de son état dépressif récurrent, sans période de rémission depuis lors. Dans l'arrêt du 22 mars 2016, entré en force, la chambre de céans a toutefois jugé que le rapport d'expertise psychiatrique du 27 avril 2014 du Dr F_____, qui avait estimé que le demandeur ne présentait aucun trouble psychique, suite à un examen réalisé en date des 7 et 20 novembre 2013, et motivé son point de vue eu égard aux avis de la psychiatre traitant, était probant (ATAS/242/2016 consid 13). Ainsi, la chambre de céans a retenu qu'à la date de l'examen effectué par l'expert, soit le 7 novembre 2013, le demandeur ne présentait plus aucune atteinte psychique qui pourrait justifier une diminution de sa capacité de travail (ATAS précité consid. 14). Dans le cadre de l'expertise mise sur pied par l'OAI, le Dr J_____ a indiqué que, par rapport du 7 mai 2018, la Dresse K_____ évaluait la capacité de travail de son patient à 0% en raison d'une thymie dépressive. Il s'avère donc que depuis le 7 novembre 2013, et jusqu'au 7 mai 2018, aucune pièce médicale au dossier ne permet d'admettre que le demandeur souffre d'une atteinte psychique incapacitante. Or, le juge est lié par les conclusions présentées

A/2390/2016 - 20/22 - par le demandeur (art. 58 al. 1 CPC). Par conséquent, pendant la période litigieuse du 1er janvier 2015 à juin 2016, celui-ci ne peut quoi qu'il en soit pas prétendre à des indemnités journalières en raison de ses éventuels troubles psychiques. Aussi les certificats des 29 mai, 15 et 29 octobre 2019 de la Dresse K_____, attestant d'une incapacité de travail totale du 1er juin au 31 novembre 2019, ne sont-ils pas pertinents. On relèvera au passage que les certificats des 3 juin, 4 et 30 octobre 2019 du Dr E_____, attestant d'une capacité de travail nulle du 1er juin à fin octobre 2019 puis dès le 1er novembre 2019 selon l'évolution, ne sont pas non plus pertinents pour la période ici litigieuse. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme douloureux, considéré par les experts comme non incapacitant, contrairement à ce que prétend le demandeur, il n'est pas nécessaire d'analyser si leurs conclusions sont compatibles avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. En effet, la jurisprudence considère que l'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des

indicateurs [développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux] analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). In casu, les experts ont fait état de nombreuses observations allant dans le sens d'une exagération (rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 17). L'experte neurochirurgienne a constaté que le demandeur sous-estimait ses capacités fonctionnelles. Il ne se montrait pas intéressé à des propositions de changer son état actuel, il refusait toutes les activités de type physiothérapie expliquant qu'il rencontrait trop de blocage et de douleurs dorsales. Or, le bilan radiologique et neurologique n'expliquait pas le degré de limitations fonctionnelles alléguées. Il se montrait démonstratif durant le bilan avec beaucoup de soupirs, de fortes ins- et expirations et des cris (cf. expertise du 20 septembre 2018, p. 28). Selon l'expert rhumatologue également, les limitations fonctionnelles invoquées par le demandeur dans sa vie quotidienne paraissaient sur le plan objectif exagérées, en l'absence de corrélation objective entre les plaintes subjectives et les données cliniques et radio- morphologiques de l'appareil locomoteur (cf. expertise du 31 août 2018, p. 49). Les tensions musculaires paravertébrales et de la ceinture scapulaire ne permettaient pas non plus d'expliquer le degré invalidant des plaintes alléguées (p. 48). Le demandeur semblait montrer un bénéfice secondaire lié à la maladie : son épouse s'occupait de lui et l'encadrait, ce qui lui permettait de lâcher prise et de ne pas se sentir régulièrement investi (cf. rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 17). Au demeurant, le Dr C_____ avait déjà à l'époque constaté la présence de signes de Waddell correspondant à une certaine majoration des plaintes alléguées (cf. rapport du 25 novembre 2014).

A/2390/2016 - 21/22 - Ces éléments plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Partant, il n'y a pas d'atteinte à la santé incapacitante. Cela étant constaté, le rapport du 30 octobre 2019 du Dr E_____, dans lequel ce dernier se borne à indiquer que son patient souffre de rachialgies chroniques et d'un syndrome dépressif chronique entraînant une incapacité de travail totale, ne saurait suffire à s'écarter des conclusions formulées par les experts qui ont procédé à une évaluation médicale approfondie. Le médecin traitant, qui ne se prononce pas sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, ne fait état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts. Quant au rapport du 2 mai 2019 du Dr M_____, il n'est pas pertinent pour la période ici en cause. Ce médecin ne se détermine en effet pas sur la capacité de travail du demandeur pour la période antérieure à la consultation du 29 avril 2019. Enfin, les troubles affectant l'épaule droite du demandeur, dont l'IRM du 21 août 2018 fait état, qui sont apparus aux dires du demandeur quatre-six mois avant l'expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, ne sont pas décisifs pour la période critique du 1er janvier 2015 à juin 2016. Il en va de même pour les cervicalgies droites présentes depuis août 2017. En définitive, peu importe que les douleurs du demandeur soient encore, comme il le soutient, en lien avec l'accident du 26 juin 2014. Au vu des considérations qui précèdent, celui-ci disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle jusqu'à août 2017, soit une incapacité de travail de 20%, inférieure au taux minimum de 25% (art. 13 CGA). Par conséquent, il n'a pas droit aux indemnités journalières du 1er janvier 2015 à juin 2016. 10. Le demandeur a requis l'audition de ses médecins traitants. Il n'est toutefois pas nécessaire de procéder aux mesures d'instruction offertes, car le dossier permet de statuer sur le droit litigieux. Aussi, par une appréciation anticipée des preuves, celles-ci ne pourraient-elles amener la chambre

de céans à modifier son opinion (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). 11. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (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]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/2390/2016 - 22/22 - 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.