

GE_GERICHTE A/1665/2003 vom 7. September 2004

GE Cour de justice, 2004-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1665_2003

FR: GE_GERICHTE A/1665/2003 du 7 septembre 2004

IT: GE_GERICHTE A/1665/2003 del 7 settembre 2004

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). Egalement saisi de la question de la constitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

E. 2

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

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières pour perte de gain selon les art. 67 ss. LAMal. Dans ce contexte, il s'agit en particulier de se prononcer sur le degré d'incapacité de travail du recourant. En premier lieu, se pose la question de savoir si les documents médicaux sur lesquels s'est fondée la Caisse, en l'occurrence essentiellement l'expertise réalisée par le Docteur O _____ le 30 avril 2002 et l'appréciation du Docteur M _____ du 22 novembre 2001, possèdent une pleine valeur probante et suffisent ou s'il se justifie d'ordonner une contre-expertise. a) Selon l'art. 72 al. 2 1^{ère} phrase LAMal, le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Les indemnités journalières doivent être versées pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (art. 72 al. 3 LAMal). En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au troisième alinéa (art. 72 al. 4 LAMal). Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Est réputée incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou

mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Pour pouvoir déterminer l'incapacité de travail (ou l'invalidité), la Caisse a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). b) En l'espèce, le recourant fait notamment grief à la Caisse de s'être essentiellement fondée sur l'appréciation de son incapacité de travail par les Docteurs M_____ et O_____, respectivement médecin-conseil rhumatologue de la Caisse et expert psychiatre indépendant. Il lui reproche également d'avoir insuffisamment tenu compte de l'avis de son médecin traitant, le Docteur L_____ et soutient qu'un expert rhumatologue neutre doit être désigné. Quant à la Caisse, elle explique que les rapports médicaux contestés par le recourant ont pleine valeur probante. Elle a en outre relevé avoir expressément demandé l'avis d'un médecin psychiatre afin de déterminer si le trouble somatoforme douloureux dont souffrait le recourant était associé à un trouble psychiatrique qui aurait pu entraîner une incapacité de travail totale. Force est de reconnaître que le point de vue du recourant est erroné. En effet, on ne saurait reprocher à la Caisse de s'être basé tant sur l'avis du médecin-conseil que sur celui de l'expert psychiatre mandaté dans la mesure où ces rapports médicaux répondent aux critères posés par la jurisprudence rappelés ci-avant.

L'expertise du Docteur O_____ du 30 avril 2002 comprend en effet une anamnèse circonstanciée du cas, ce praticien s'étant attaché à décrire en détail tant l'historique des troubles présentés par le recourant (antécédents médicaux) que l'ensemble des affections actuelles (cf. expertise du 30 avril 2002, p. 6-7). Il a en outre donné une appréciation médicale détaillée du cas tout en motivant les conclusions auxquelles il était parvenu (cf. expertise du 30 avril 2002, p. 8 à 10). De même, le Docteur M_____ a fondé son appréciation sur un examen minutieux du patient et sur les constatations objectives qu'il a été amené à faire sur la base de cette consultation (cf. rapport du 22 novembre 2001, p. 1). Aucune contradiction intrinsèque n'émaille leurs rapports respectifs. Au contraire, leurs deux avis concordent largement en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant. En revanche, les différents certificats établis par le médecin traitant les 26 octobre 2001, 12 juin 2002 et 4 septembre 2003 se limitent à une estimation brute de l'incapacité de travail, exclusivement justifiée par l'énoncé du diagnostic de fibromyalgie, sans données anamnestiques ni motivation substantielle. Par ailleurs, dans le dernier certificat, ce praticien se borne à indiquer qu'il n'est pas d'accord avec ses confrères en préconisant une contre-expertise. Ces différents certificats ne répondent dès lors pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante. On rappellera par ailleurs que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504). Au vu de ces éléments, il sied de constater qu'une expertise complémentaire ne se justifie pas, les certificats médicaux figurant au dossier étant largement suffisants pour juger du cas du recourant, et de conclure que le recourant n'a pas subi d'incapacité de travail justifiant le versement d'indemnités journalières dès le 20 octobre 2001.

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