

GE_GERICHTE ATAS/1077/2011 vom 15. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1077_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1077/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1077/2011 del 15 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/2660/2011 - 8/13 - assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 LPGA). Interjeté dans la forme prévue par la loi, il est donc recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1; ATF 102 V 165). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

A/2660/2011 - 9/13 - raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux

contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

A/2660/2011 - 10/13 - dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 8

Il convient d'analyser les différents rapports médicaux à la lumière de la jurisprudence précitée. Le rapport du Dr R_____ et de Madame H_____ satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Il a en effet été établi en parfaite connaissance du dossier médical de l'assuré, se fonde sur un examen clinique ainsi que des épreuves biométriques, et relate les plaintes de l'assuré. Les experts exposent de manière convaincante pour quelles raisons l'existence d'une maladie psychique doit être exclue. Il n'existe dès lors aucun motif de revenir sur les conclusions claires et motivées de cette expertise, que l'assuré ne remet au demeurant pas en question. Quant à l'expertise du Dr Q_____, elle correspond formellement également aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'elle se fonde sur l'étude du dossier, contient une anamnèse, tient compte des plaintes du patient et qu'elle a été établie après un examen

A/2660/2011 - 11/13 - neurologique détaillé. Ses conclusions sur le plan neurologique, selon lesquelles l'assuré ne présente aucune atteinte limitant sa capacité de travail, doivent être suivies. Il est vrai que ce spécialiste considère que l'assuré est totalement incapable de travailler en raison d'un trouble somatoforme douloureux. Il y a cependant lieu de s'écarter

de ces conclusions, dès lors que le Dr Q_____ admet qu'un avis psychiatrique est nécessaire pour confirmer ce diagnostic, et que l'incapacité de travail semble motivée avant tout par les douleurs alléguées par l'assuré, auxquelles le Dr Q_____ n'a cependant pas pu trouver d'explication neurologique. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATF I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). La Cour de céans s'écartera dès lors des conclusions du Dr Q_____, s'agissant de l'incapacité de travail du recourant, en relevant que la jurisprudence n'interdit pas de reconnaître une pleine valeur probante à un document médical et d'en écarter une conclusion sur un point précis (ATF I 1091/06 du 27 novembre 2007, consid. 4). Ainsi, contrairement à ce qu'affirme l'assuré, les médecins n'admettent pas de manière unanime que sa capacité de travail est nulle du point de vue somatique, l'expert neurologue ayant écarté toute incapacité dans son domaine de spécialité. S'agissant des rapports du Dr L_____, ce dernier a certes fait état d'une incapacité de travail totale dans son rapport du 27 juillet 2010. Cette conclusion n'est cependant guère motivée, et semble se fonder essentiellement sur l'appréciation subjective par l'assuré de sa capacité de travail et sur des dysesthésies qui l'empêcheraient de marcher normalement, alors qu'aucune atteinte physique ne permet de les expliquer. Les mêmes constatations s'imposent à l'égard du rapport du 25 août 2010 du Dr N_____. Ce dernier a d'ailleurs recensé de très nombreuses limitations fonctionnelles, qui ne sont pas corroborées par des diagnostics précis. L'avis du Dr P_____, qui conclut à l'incapacité de travail de l'assuré sans mentionner de diagnostics, ne peut non plus se voir reconnaître une quelconque valeur probante. On notera d'ailleurs que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents: l'incapacité de travail pour l'assurance-invalidité et l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage. Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (ATF 9C_872/2009 du 30 juin 2010, consid. 4). Quant au rapport de la Dresse M_____, on rappelle qu'il ne contient aucune indication sur la capacité de travail de l'assuré. Pour le surplus, cette neurologue n'a constaté aucun déficit sensitivo-moteur et l'ENMG qu'elle a réalisé n'a pas mis en

A/2660/2011 - 12/13 - évidence d'anomalie. Ses diagnostics rejoignent ainsi largement ceux du Dr Q_____. Enfin, si l'expert psychiatre a effectivement reconnu que l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, il a exclu une comorbidité psychiatrique et les critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant d'un tel trouble ne sont pas réunis en l'espèce. Si on peut considérer que l'assuré a effectivement une affection corporelle, il s'agit d'une atteinte relativement récente et ses douleurs se sont dans un premier temps améliorées après l'intervention chirurgicale de novembre 2009. Comme l'a relevé le Dr R_____, le relatif isolement social de l'assuré - qui continue à voir son frère - est antérieur à l'apparition de son trouble, de sorte qu'il n'en est pas une conséquence. Le psychiatre n'a pas non évoqué d'état psychique cristallisé, sans évolution possible. Compte tenu de ce qui précède, aucun élément médical ne permet d'admettre une restriction de la capacité de travail de l'assuré ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant sera astreint au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2660/2011 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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