

# **GE\_GERICHTE ATAS/1121/2010 vom 8. November 2010**

GE Cour de justice, 2010-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1121\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1121_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1121/2010 du 8 novembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1121/2010 del 8 novembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Par ordonnance du 25 mars 2010, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.

### **E. 2**

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 11 octobre 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet d'une décision.

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

### **E. 4**

a) 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

A/3565/2009 - 10/17 - 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.» c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en

vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

#### **E. 5**

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF

A/3565/2009 - 11/17 - 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

#### **E. 6**

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPG), 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

A/3565/2009 - 12/17 - origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou

qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

A/3565/2009 - 13/17 - e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) 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).

## **E. 7**

a) En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique laquelle répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'intimé conteste cependant une telle valeur probante en se référant à l'avis du Dr T\_\_\_\_\_ du SMR du 22 juillet 2010. Ce médecin relève tout d'abord que l'observations clinique de l'expert est extrêmement succincte de sorte qu'elle n'est pas à même de justifier l'hypothèse diagnostique. A cet égard, il convient de constater que l'expert a fondé son rapport notamment sur deux entretiens de soixante minutes chacun et un autre de soixante minutes avec l'épouse du recourant et que l'observation de celui-ci est résumée en page 13 du rapport. En comparaison, le status psychiatrique de l'expertise du CEMed - que le Dr T\_\_\_\_\_ juge probante - est fondée apparemment sur un unique entretien psychiatrique du 13 novembre (cf. convocation du CEMed du 2 novembre 2007 chez le Dr J\_\_\_\_\_ ) et n'est pas plus étayé que celui de l'expertise judiciaire (cf. rapport CEMed du 26 mai 2008 p. 18/19). Concernant ensuite le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8), il est dûment motivé et expliqué dans le chapitre discussion et réponses aux questions (rapport p. 14ss). En particulier, l'expert explique la survenance d'un effondrement psychique du recourant à la suite de la perte de son emploi jugé valorisant (perte narcissique sur le plan professionnel) et des douleurs chroniques suites aux opérations. Il relève que la modification de la personnalité, laquelle est sévère, est accentuée avec les années et que la vulnérabilité du fonctionnement de personnalité empêche toute activité lucrative. L'expert n'a pas trouvé d'indice permettant

A/3565/2009 - 14/17 - d'affirmer, comme les médecins du CEMed, que le recourant présentait un trouble de la personnalité antérieur à 2003, ce qu'il explique dans son rapport. Le Dr T\_\_\_\_\_ estime ensuite que quelle que soit l'explication psychiatrique donnée

(décompensation d'un trouble déjà présent ou modification de la personnalité), le seul point pertinent est l'évaluation de la capacité de travail. Il semble ainsi reprocher à l'expert d'avoir motivé l'existence d'une hypothèse diagnostique plutôt qu'une autre. A cet égard, force est de constater qu'une expertise judiciaire ne saurait se résumer à la seule évaluation de la capacité de travail d'un assuré et que, pour répondre aux exigences posées pour qu'une valeur probante lui soit reconnue, le rapport doit contenir des conclusions motivées, en particulier expliquer de façon claire et cohérente les diagnostics posés. A cet égard, l'expert explique de façon convaincante pour quelle raison le diagnostic de modification durable de la personnalité lui paraît plus pertinent que celui de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. On ne saurait ainsi lui reprocher de "substituer un diagnostic à un autre sans entrer dans le débat" (cf. avis du Dr T\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2010 p. 2). Au vu de ce qui précède, il convient d'écarter les critiques émises par l'intimé à l'égard du rapport d'expertise judiciaire et de confirmer les conclusions de celui-ci, soit l'existence d'une incapacité totale de travail depuis le 31 juillet 2006. Antérieurement à cette date, le recourant a été en incapacité de travail totale dès le 8 novembre 2005 (selon le décompte de l'employeur). La question se pose ainsi de savoir si du 8 novembre 2005 au 30 juillet 2006, l'incapacité de travail était justifiée pour des raisons somatiques. b) A cet égard, il est à constater que plusieurs médecins ayant traité le recourant ont attesté depuis 2003 de douleur inguinale bilatérale invalidante ou de douleurs rebelles chroniques ou encore de douleurs neurogènes (rapports des Drs A\_\_\_\_\_ du 23 mai 2005, B\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2006, C\_\_\_\_\_ du 3 mars 2006, du CMETD du 8 mars 2006, E\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2006, F\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2006 et R\_\_\_\_\_ des 15 décembre 2008 et 16 septembre 2009). Dans le même sens, l'expertise du CEMed du 26 mai 2008 atteste de l'existence d'un syndrome douloureux chronique inguinal bilatéral présent depuis juin 2003 et persistant malgré les nombreux traitements. S'agissant de la capacité de travail, il est à constater que le Dr V\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail du recourant du 7 novembre 2005 au 17 juin 2006 - hormis une courte période du 8 mars au 16 avril 2006 - et que le Dr F\_\_\_\_\_ a certifié de la continuation de cette incapacité totale de travail depuis le 1er juin 2006, incapacités confirmées par le Dr G\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'employeur, le 23 mai 2007.

A/3565/2009 - 15/17 - Quant à l'expertise du CEMed, elle retient, d'un point de vue neurologique une impossibilité de fixer un degré d'incapacité de travail, en l'absence de constatations objectives majeures et face à la discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Cependant, dans son complément du 20 mars 2009, elle conclut finalement à une incapacité totale de travail pour raisons psychiques (réaction dépressive) du 1er novembre 2005 au 30 mai 2006. Or, cette incapacité totale de travail n'est pas expliquée et n'est pas cohérente avec la discussion du cas (rapport pp. 13ss) dans laquelle les experts relèvent une attitude plaintive, théâtrale, revendicative, peu authentique, démonstrative et concluent à une névrose de rente tout en alléguant que cela ne signifie pas que l'assuré ne ressent pas de douleurs (rapport p. 15). On peine ainsi à comprendre si les plaintes algiques du recourant sont reconnues ou non et ont pu entraîner la réaction dépressive admise temporairement du 7 novembre 2005 au 30 mai 2006 ou si cette aggravation de l'état psychique du recourant est survenue de façon indépendante du syndrome algique et, cas échéant, pour quelle raison elle aurait disparu le 30 mai 2006. En conséquence, les conclusions de ce rapport quant à la capacité de travail du recourant ne sont pas probantes et doivent être écartées. L'expertise psychiatrique judiciaire retient un diagnostic de modification durable de la personnalité suite au syndrome algique au long

cours et explique que le recourant a décompensé sur le plan psychique depuis 2005 / début 2006 par un état dépressif et un épuisement progressif de ses ressources, sans possibilité d'affronter ses douleurs. L'incapacité de travail totale reconnue depuis le 31 juillet 2006 s'inscrit ainsi dans le cadre du syndrome algique chronique - attesté par les médecins précités depuis 2003 - et ayant conduit à l'épuisement des ressources psychiques et à la modification de la personnalité tels qu'attestés par l'expert judiciaire. Il y a ainsi lieu d'admettre que le recourant a été en incapacité de travail totale depuis le 8 novembre 2005 comme l'attestent les avis médicaux convergents au dossier, lesquels sont cohérents avec l'expertise judiciaire, dans la mesure où celle-ci fonde la décompensation ayant entraîné l'incapacité totale de travail dès le 31 juillet 2006 sur l'existence antérieure, soit depuis 2003, du syndrome algique chronique.

#### **E. 8**

novembre 2006 à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

#### **E. 9**

a) Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 8 novembre 2006. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des

A/3565/2009 - 16/17 - modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 3'500 fr. sera versée au recourant à charge de l'OAI.

A/3565/2009 - 17/17 -

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