

GE_GERICHTE ATAS/113/2018 vom 1. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_113_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/113/2018 du 1 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/113/2018 del 1 febbraio 2018

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 - E 2 05), 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 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, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période

A/2632/2017 - 13/21 - courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, d'un point de vue psychique, depuis la décision initiale du 4 novembre 2008, au point de lui ouvrir à nouveau droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il convient de rappeler que, dans

son arrêt du 12 novembre 2015, la Cour de céans a d'ores et déjà constaté qu'aucune aggravation somatique n'avait été mise en évidence. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas le contraire, pas plus qu'il n'allègue qu'une telle aggravation serait survenue depuis l'arrêt du 12 novembre 2015.

E. 5

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le

A/2632/2017 - 14/21 - juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 6

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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 7

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité

A/2632/2017 - 15/21 - de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 8

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain ; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

E. 9

On notera encore que, dernièrement (cf. arrêts 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a décidé que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le

A/2632/2017 - 16/21 - cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 141 V 281) devait désormais s'appliquer à toutes les maladies psychiques.

E. 10

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 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 11

En l'espèce, l'octroi initial d'une rente, limitée au 29 février 2008, se fondait sur les conclusions convergentes des experts rhumatologues F_____ et I_____, c'est-à-dire une discarthrose et une pseudarthrose en C7 permettant à l'assuré d'exercer à

A/2632/2017 - 17/21 - plein temps et plein rendement dans une activité adaptée. Le présent litige se limite à la question de savoir si une aggravation est survenue du point de vue psychique. Les seuls éléments plaidant en faveur de cette hypothèse résidaient dans les brefs rapports du psychiatre traitant, dénués de toute motivation, raison pour laquelle une expertise en bonne et due forme a été mise en place. Le rapport d'expertise du Dr L_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, le recourant, représenté par un avocat, ne saurait ignorer que les lignes directrices de la SSPP n'ont jamais figuré au nombre des critères permettant de juger de la valeur probante d'une expertise, ainsi que l'a d'ailleurs souligné le Tribunal fédéral dans un arrêt 8C_945/2009 du 23 septembre 2010 (consid. 5). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise s'évalue à l'aune d'autres critères : l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss). En l'espèce, le rapport du Dr L_____ répond à ces critères. Le rapport de l'expert se fonde sur une anamnèse aussi détaillée que le lui ont permis les réponses évasives de l'assuré, sur un examen clinique de celui-ci et se fait l'écho des plaintes rapportées par ce dernier. À cet égard, on relèvera que rien ne démontre que le recourant a bel et bien évoqué la possibilité de se suicider. En tous les cas, l'expert a relevé qu'aucune tentative n'avait eu lieu, pas plus qu'il n'y avait eu d'hospitalisation pour raisons psychiques par le passé. Le rapport a en outre été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. On ne voit pas en quoi le fait de retenir un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte serait contradictoire avec le fait de n'avoir pas d'option thérapeutique à proposer au vu des mesures déjà mises en place et rappelées par l'expert (un traitement médicamenteux dont il a été expliqué qu'il était fort douteux que le recourant s'y soumette correctement, et un suivi par un spécialiste). De même, le fait que des douleurs somatiques existent n'implique pas forcément qu'un trouble somatoforme douloureux soit retenu. Dès lors, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport de l'expert, d'autant qu'il ne suffit pas de juxtaposer l'avis différent de son psychiatre traitant à celui de l'expert dont les conclusions sont contestées pour jeter le doute sur les conclusions en question. Encore faut-il démontrer que l'expert a ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. Rien de tel en l'occurrence. Le psychiatre traitant n'a jamais fourni d'éléments objectifs circonstanciés susceptibles

A/2632/2017 - 18/21 - d'étayer son diagnostic ou son désaccord avec l'expert. Dès lors, rien ne justifie de s'écarter des conclusions de ce dernier. En particulier, les critiques portant sur la méthodologie utilisée par l'expert (absence de tests psychométriques, par exemple), ne résistent pas à l'examen au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires à effectuer). L'expert a motivé le diagnostic retenu et les raisons pour lesquelles il écartait celui du psychiatre traitant. Il ne lui incombait pas d'expliquer les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu tous les autres diagnostics susceptibles d'entrer en ligne de compte selon le recourant. Il est vrai que, depuis qu'a été effectuée l'expertise,

la jurisprudence a une nouvelle fois changé, comme rappelé supra. Cependant, sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270 (qui concerne les exigences requises dans un État de droit en matière d'expertises médicales). Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF précité consid. 6 in initio p. 266). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve, en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. En cas d'atteinte à la santé psychique, le diagnostic ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail. 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. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, 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. La jurisprudence ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné, les

A/2632/2017 - 19/21 - réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante : Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

- complexe « atteinte à la santé » : ■ expression des éléments pertinents pour le diagnostic ■ succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard ■ comorbidités

- complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles

- complexe « contexte social » Catégorie « cohérence » (comportement)

- limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie

- poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation) Dans la nouvelle jurisprudence 9C_492/2014, le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (cf. arrêts 9C_899/2014 et 9C_173/2015). En l'occurrence, une discordance importante a été mise en évidence entre les allégations du recourant et les constatations radio-cliniques objectivables sur le plan somatique. Sur le plan psychique, l'expert n'a pas constaté d'exagération. En revanche, on peut considérer qu'il existe bel et bien une discordance du fait de la compliance douteuse du recourant. Au surplus, l'expert a exclu toute limitation fonctionnelle résultant directement de l'atteinte psychique. Par ailleurs, on peut conclure des explications de l'expert qu'on ne peut retenir un échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée, puisque le recourant ne fait pas preuve de la compliance voulue et que tout n'a donc pas encore été tenté.

A/2632/2017 - 20/21 - Enfin, l'expert a émis l'avis que le recourant disposait encore de ressources suffisantes pour se mobiliser et qu'il bénéficiait d'un réseau social qui lui apportait du soutien. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise est suffisant pour examiner la situation à l'aune des nouveaux critères jurisprudentiels, et fait siennes les conclusions du Dr L_____ selon lesquelles le recourant ne rencontre aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychique. Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assuré le droit à des prestations. Dès lors, le recours est rejeté.

A/2632/2017 - 21/21 -

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.