

GE_GERICHTE ATAS/162/2009 vom 17. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_162_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/162/2009 du 17 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/162/2009 del 17 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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.

A/2255/2008 - 5/10 -

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

La question litigieuse est de déterminer si l'état de santé du recourant ouvre le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

On rappellera qu'est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI - dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 - qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins, puis 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. 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 maladif, 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être

A/2255/2008 - 6/10 - surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3). 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. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif 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). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49).

A/2255/2008 - 7/10 - S'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

E. 6

Par ailleurs, 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 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). 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. En outre, au sujet 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. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

E. 7

Dans le cas d'espèce, une fibromyalgie a été évoquée à plusieurs reprises, puis écartée par l'expert N_____, au motif que l'examen clinique était atypique. L'expert psychiatre de la CRR a toutefois retenu un trouble somatoforme douloureux, diagnostic que le psychiatre traitant du recourant confirme.

A/2255/2008 - 8/10 - L'expertise somatique ne prête pas le flanc à la critique, et n'est d'ailleurs pas mise en cause par le recourant. Il en ressort que l'expert ne met pas en doute les douleurs alléguées mais ne peut poser de diagnostic précis. Une suspicion de syndrome

toxique a été écartée par l'instruction de la SUVA. L'expert préconisant un examen psychiatrique, celui-ci a été effectué dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR. Le Tribunal n'est pas convaincu par cette expertise, en particulier par le rapport de l'expert psychiatre. L'impression qui s'en dégage est que l'expert a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux à défaut d'autres choses. Cela étant, il ne retient aucun trouble psychique. Le recourant est euthymique, ce qui frappe d'ailleurs également l'expert somatique de la CRR, qui décrit un patient souriant. À noter que le recourant lui-même ne se plaint pas d'un état dépressif. Au moment de l'expertise, le recourant ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique. Force est de constater que les critères permettant de retenir un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont pas réalisés, en tout cas en ce qui concerne la période précédant la prise de décision par l'OCAI. Non seulement il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, mais on ne peut retenir d'état psychique cristallisé, puisque précisément le recourant ne fait l'objet d'aucun soin, de sorte que l'on ignore ce qu'un suivi pourrait apporter comme amélioration. De même une perte d'intégration sociale ne peut-elle être retenue, car comme l'a rappelé l'OCAI le recourant se dit entouré et soutenu par ses amis et sa famille. Encore une fois, pour ce qui concerne la période antérieure à la décision litigieuse. Par ailleurs, le recourant souffre d'affections corporelles chroniques, mais qui n'ont pas pu faire l'objet d'un diagnostic précis, en dehors du diagnostic initial, pour lequel le recourant a été opéré. Le processus maladif s'étend, effectivement, sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), de sorte que ce critère est rempli. C'est toutefois le seul, car l'on ne peut pas non plus retenir l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, car l'expert a relevé que les traitements dispensés étaient insatisfaisants. Dès lors, pour ce qui concerne la période allant jusqu'au 19 mai 2008, force est de constater qu'aucun trouble objectivé ne justifie l'incapacité de travail, et que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence.

E. 8

Autre est la question de savoir ce qu'il en est depuis l'été 2008. Les documents médicaux produits par le recourant font état, en effet, d'une aggravation de son état de santé, et plus particulièrement d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent avec idées suicidaires. On peut s'étonner de ce diagnostic, puisqu'il suppose que plusieurs épisodes dépressifs ont eu lieu, alors que rien de tel ne ressort du dossier. Toutefois, il faut rappeler que jusqu'il y a peu le recourant ne bénéficiait pas des soins d'un psychiatre, et que la seule évaluation psychiatrique qui a été effectuée est celle de la CRR, dont le Tribunal a relevé le caractère peu convaincant. Cela étant, les idées suicidaires doivent être prises au sérieux et investiguées. Il est difficile, en l'état, de discerner si l'état actuel du recourant ne relève pas d'une réaction au refus

A/2255/2008 - 9/10 - des prestations de l'assurance invalidité, puisque cette remarque figure dans les motifs de l'hospitalisation à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation

au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 9

En l'occurrence, le Tribunal considère que l'état psychique du recourant doit être investigué à nouveau par l'OCAI, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle aggravation de l'état de santé. Pour le surplus, la décision de refus de prestations en tant qu'elle porte sur la période antérieure au 19 mai 2008 sera confirmée, et le recours rejeté. Au vu de ce qui précède, il sera toutefois renoncé à la perception d'un émolument.

A/2255/2008 - 10/10 -

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