

GE_GERICHTE ATAS/201/2008 vom 19. Februar 2008

GE Cour de justice, 2008-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_201_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/201/2008 du 19 février 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/201/2008 del 19 febbraio 2008

Erwägungen

E. 28

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 10 septembre 2007 contre ladite décision. Il reprend les allégations déjà formulées dans son opposition du 20 décembre 2005. Il rappelle que la conclusion de l'expert, spécialiste psychiatre doit en l'espèce primer l'avis du Dr H_____, généraliste. Il relève que le trouble somatoforme diagnostiqué par la Dresse I_____ s'ajoute au trouble dépressif récurrent avec une absence d'espoir de guérison puisque tous les traitements ambulatoire et stationnaire conformes aux règles de l'art se sont montrés sans effet. Il rappelle également que l'état dépressif a été reconnu dans l'incapacité totale de poursuivre son ancienne activité à cause des atteintes somatiques à sa santé. Il considère dès lors que cette incapacité de travail de 50% vient s'ajouter au taux d'invalidité de 31,6% retenu par la CRAVS dans son jugement du 28 mars 2002, ce qui porte son taux d'invalidité à 65% environ, lequel lui ouvre le droit à un trois-quarts de rente.

E. 29

Dans sa réponse du 10 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

E. 30

Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger. EN DROIT 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. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances

A/3399/2007 - 8/14 - sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 24 novembre 2005 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. 3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93

consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les formes et délais prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI et plus particulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le refus initial de prestations. 5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché 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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

A/3399/2007 - 9/14 - 6. 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). 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 7. 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 ss consid. 5.3 et consid. 6). 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 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. En outre, dans un arrêt récent (ATFA du 8 février 2006, I 336/04), le Tribunal fédéral des assurances (ci- après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une

A/3399/2007 - 10/14 - fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). 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 (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, 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

A/3399/2007 - 11/14 - administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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). 9. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). 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). Ainsi, 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). 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).

A/3399/2007 - 12/14 - 10. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation de l'assuré telle qu'elle se présentait le 11 septembre 2000, date de la décision initiale de refus de prestations AI et celle qui était la sienne au moment de la décision litigieuse du 24 novembre 2005. 11. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus assumer, sur le plan somatique, une activité de maçon. Lors de la décision initiale de refus le 11 septembre 2000, laquelle a été confirmée par la CRAVS le 28 mars 2002, l'OCAI avait toutefois retenu un degré d'invalidité de 27 %, (qui aurait pu être augmenté à

31,6 % au maximum selon la CRAVS), insuffisant pour justifier l'octroi de prestations AI. Il s'était en effet essentiellement fondé sur le rapport d'expertise du Dr D _____ du 8 mai 2000, selon lequel l'assuré pouvait reprendre une activité lucrative à plein temps, dans le cadre d'un travail debout ou assis, de manutention légère, et n'exigeant pas un travail à l'horizontale des épaules, ce malgré l'importance subjective des plaintes, ainsi que sur le rapport établi à l'issue du stage d'observation professionnelle, confirmant une capacité totale de travail dans un poste adapté. L'assuré présentait des cervico- dorso-lombalgies, une épaule droite douloureuse, un ancien Scheuermann et une scoliose. 12. Lors de l'instruction menée dans le cadre de la demande de révision déposée par l'assuré le 16 janvier 2003, pour aggravation de son état de santé, il est apparu que, selon son médecin traitant, le Dr G _____, il souffrait de fibromyalgie, de lombalgies chroniques, d'un état dépressif, d'une dépendance à l'alcool, de périarthrite et de douleurs chroniques. La Dresse I _____, dans son rapport d'expertise du 7 mai 2005, a retenu la présence d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble dépressif récurrent et estimé l'incapacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée à 50% depuis 2002. L'OCAI a cependant à nouveau rejeté la demande de prestations AI, considérant que le trouble somatoforme n'était pas invalidant au sens de la jurisprudence. Il s'est ainsi écarté des conclusions de la Dresse I _____ 13. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie posé par les Drs G _____ et I _____ ne suffit en effet pas pour justifier l'octroi de prestations AI. La jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. 14. La Dresse I _____ a à cet égard constaté que l'assuré présentait un état dépressif récurrent conduisant à une diminution de sa capacité de travail de moitié. Le Dr G _____ fait état en mars 2004 et février 2005 d'un état dépressif "clairement et en majeure partie la conséquence des douleurs rebelles aux traitements de sédation de la pathologie fibromyalgique".

A/3399/2007 - 13/14 - C'est le lieu de préciser, s'agissant des troubles dépressifs, 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, ils 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). 15. Il convient dès lors de conclure à l'absence de comorbidité psychiatrique grave et d'examiner si les autres critères dégagés par la jurisprudence du TFA, susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle, sont ou non réalisés. Dans un tel cas en effet, l'incapacité de travail résultant de troubles psychiques s'évalue à la lumière de ces critères et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter. En l'occurrence, l'assuré présente certes des troubles cervico-dorso-lombaires et de périarthrite chroniques, auxquels selon le Dr G _____, les différents traitements tentés n'ont pas apporté de soulagement. On ne peut toutefois considérer qu'il subit une perte d'intégration sociale. La Dresse I _____ a à cet égard relevé que l'assuré vit entouré de sa famille. On ne saurait non plus parler d'un état psychique cristallisé, étant au surplus relevé que l'assuré ne consulte pas de psychiatre. 16. Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que les troubles psychiques de l'assuré ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. L'état de santé de l'assuré n'a dès lors subi aucune aggravation susceptible d'être prise en considération au sens

de l'AI, depuis 2000. Il y a lieu de constater que les conditions de la révision ne sont pas réunies.

A/3399/2007 - 14/14 -

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