

GE_GERICHTE ATAS/222/2007 vom 6. März 2007

GE Cour de justice, 2007-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_222_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/222/2007 du 6 mars 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/222/2007 del 6 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

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 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). 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). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 26 juin 2006 mais statue sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000. Le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin,

A/2727/2006 - 8/14 - s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

E. 4

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité présenté par le recourant à compter du 1er novembre 2002 et sur la façon dont la CCGC a calculé le montant de sa rente.

E. 6

L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 7

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

E. 8

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des 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 130 V 352 consid. 2.2.2).

A/2727/2006 - 9/14 - Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une

telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER- BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses

A/2727/2006 - 10/14 - douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

E. 9

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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). 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 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

A/2727/2006 - 11/14 - médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 10

Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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).

E. 11

En l'espèce, l'assuré a subi plusieurs accidents consécutifs, lors desquels il a souffert de coups du lapin. Le Dr A _____ et le Dr B _____ faisaient état dans leurs rapports respectifs des 23 septembre 2002 et 5 mars 2003 de traumatisme crânio-occipital. Les médecins ont par ailleurs souligné l'importance d'une composante dépressive marquée. Une incapacité de travail entière a été reconnue à l'assuré du 11 mai 2001 à août 2002, date à

compter de laquelle le Dr C _____ a considéré que son état dépressif majeur était tout au plus de gravité légère à moyenne, et que la reconnaissance d'une capacité de travail de 40% représenterait un compromis "équitable". Les trois médecins consultés par le médecin traitant ne se sont pas déterminés sur le taux d'incapacité de travail.

E. 12

L'examen psychiatrique conduit par le Dr C _____ le 20 août 2004 se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que le rapport

A/2727/2006 - 12/14 - d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Une nouvelle expertise médicale s'avère dans ces conditions inutile. Il y a lieu de constater que le Dr B _____ en 2003, le Dr C _____, dans son expertise et le Dr H _____, en octobre 2005, ont relevé une discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap allégué et les constatations objectives. La Dresse F _____ précise qu'aucun substrat organique n'a été mis en évidence dans les derniers bilans effectués. Le Dr G _____ constate que les douleurs semblent dépasser le cadre habituel auquel on pourrait s'attendre après les traumatismes subis. Il indique à cet égard qu'il n'y a pas de logique dans la distribution des troubles sensitifs. Le Dr H _____ a de même fait état d'aberrations neurologiques.

E. 13

Le médecin traitant, les spécialistes consultés par lui et les médecins du SMR sont d'accord pour dire que l'assuré souffre d'un trouble somatoforme douloureux. Seul le Dr E _____ dans son rapport du 15 décembre 2005 évalue l'incapacité de travail à 80% depuis fin 2001 et fait succinctement état d'une aggravation de l'état de santé. Dans son complément d'expertise du 18 mai 2006, le Dr C _____ a préalablement souligné le fait que les conclusions de son expertise du 20 août 2004 rejoignent celles de la Dresse F _____ et a confirmé le taux de 40% d'incapacité de travail.

E. 14

Ni la Dresse F _____ ni le Dr C _____ n'ont fait état de trouble psychiatrique grave, ce dernier s'étant borné à évoquer une évolution vers une sorte de névrose de rente. Selon la Dresse F _____, l'assuré présente des symptômes thymiques légers et fluctuants. L'état dépressif diagnostiqué dès le début est qualifié de moyen à léger par le Dr C _____ dès août 2002 et d'état réactionnel par le Dr E _____. Il ne saurait ainsi être constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. De plus, le TFA estime que les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, consid. 3.3.1).

E. 15

Restent les autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité

professionnelle à plein temps. Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assuré souffrant depuis plusieurs années de divers troubles (temporalgies gauches irradiant dans la nuque, les épaules jusqu'aux doigts).

A/2727/2006 - 13/14 - Il ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie au sens de la jurisprudence (2). La Dresse F _____ n'a en effet mentionné qu'une tendance à un isolement social relatif. Le Dr C _____ a relevé que la situation familiale paraît être aplanie (l'assuré a pu renouer des contacts avec sa fille); qu'en revanche, l'évolution se fait vers une sorte de névrose de rente (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence). Il y a par ailleurs lieu de rappeler que l'assuré n'a pas cessé toute activité lucrative; il a réaménagé ses horaires en travaillant quelques après-midi par semaine entre 12 h 30 et 19 h 00 environ.

E. 16

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause 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. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter. Il s'ensuit que le degré d'invalidité de 40% depuis le 1er novembre 2002 ne peut être que confirmé.

E. 17

Le calcul auquel a procédé la CCGC pour déterminer le montant de la rente due à l'assuré est par ailleurs conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables.

E. 18

Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

A/2727/2006 - 14/14 -

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