

# **GE\_GERICHTE ATAS/226/2016 vom 10. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_226\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_226_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/226/2016 du 10 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/226/2016 del 10 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La chambre de céans s'étant déjà prononcée sur la recevabilité du recours (ATAS/1009/2011 du 1er novembre 2011) et sa compétence (ATAS/1320/2014 du 28 décembre 2014), il n'y a pas lieu d'y revenir.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/1326/2010 - 20/35 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 et art. 28 al. 2 LAI).

A/1326/2010 - 21/35 -

#### **E. 6**

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

#### **E. 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 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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 consid. 1.2). 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

A/1326/2010 - 22/35 - susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

## **E. 8**

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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), 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 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

## **E. 9**

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité

A/1326/2010 - 23/35 - de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

A/1326/2010 - 24/35 - optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la

jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

A/1326/2010 - 25/35 - Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

## **E. 10**

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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

A/1326/2010 - 26/35 - 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge ne s'écarter 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 351 consid. 3b/aa et les références). 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) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. 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, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur 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

A/1326/2010 - 27/35 - 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, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

#### **E. 11**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

#### **E. 12**

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée - le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes - permet ou non

A/1326/2010 - 28/35 - une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans

certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

### **E. 13**

En l'occurrence, il est rappelé au préalable que le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en mars 1993, laquelle a été rejetée par décision du 15 décembre 1993 au motif que son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 25%. Cette décision est devenue définitive. Le recourant a déposé une deuxième demande en juin 2001, tendant à l'obtention de mesures d'ordre professionnel, et une troisième le 21 mai 2007, visant à l'octroi d'une rente d'invalidité. La deuxième demande a été rejetée par décision sur opposition du 26 janvier 2009, laquelle n'a pas été attaquée et est ainsi devenue définitive. La troisième demande a abouti à la décision du 25 février 2010, qui fait l'objet de la présente procédure.

### **E. 14**

a. Dans le cadre de l'instruction de la cause, la chambre de céans a d'abord ordonné une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, un volet neurologique et un volet cardiologique. Dans leur rapport du 19 juillet 2012, les experts du CHUV ont conclu à l'absence de troubles organiques évidents et retenu que seul un syndrome douloureux somatoforme était susceptible de limiter la capacité de travail du recourant dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et limitant le port de charges à 10 kg. Suite aux observations formulées par le recourant, la chambre de céans a requis un complément d'expertise auprès du Prof. P\_\_\_\_\_, qui a rendu un nouveau rapport le 13 novembre 2013. Après avoir mené les investigations supplémentaires suggérées par le recourant, l'expert a exclu toute affection d'origine tumorale ou rhumatismale et écarté les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante. Il a maintenu qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle détectable à l'examen clinique objectif, mis à part une raideur fonctionnelle de la région lombaire, et que la capacité de travail était entière dans une activité sédentaire légère et de 75% dans une activité manuelle adaptée (travaux de nettoyage, de jardinage avec aménagement). b. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du CHUV répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Ce document se fonde en effet sur toutes les pièces du dossier, relate les plaintes du recourant, comprend des anamnèses détaillées et les conclusions des experts, dûment motivées, reposent sur des investigations approfondies. Chaque expert a discuté les diagnostics retenus dans son domaine, leur influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, puis ils ont livré une appréciation consensuelle. Si le recourant a contesté dans un premier temps la valeur probante de cette expertise, qu'il jugeait incomplète, il n'a formulé aucun grief à l'encontre des conclusions médicales de son complément (cf. notamment son écriture du

A/1326/2010 - 29/35 - 13 janvier 2014). L'appréciation des experts n'est remise en doute par aucun document et rien ne justifie de s'en écarter. c. Partant, la chambre de céans fera siennes les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CHUV concernant l'état de santé physique du recourant.

### **E. 15**

a. Dès lors que les experts du CHUV ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique judiciaire au Dr X\_\_\_\_\_, afin d'examiner si les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître à cette atteinte psychique un caractère invalidant étaient réalisées. L'expert psychiatre

judiciaire a conclu qu'en l'état, seule une activité dans un milieu protégé serait possible, mais qu'après des mesures médicales indispensables et une aide adéquate, une activité lucrative dans l'économie de marché serait envisageable, à hauteur de 30% au maximum. b. Le rapport du Dr X\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2015 répond lui aussi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : cette expertise, dépourvue de contradiction, est basée sur le dossier complet du recourant et fait suite à un entretien psychologique et à un examen psychiatrique ; l'expert s'est par ailleurs entouré de tous les renseignements utiles, prenant notamment contact avec la psychiatre et la psychologue ayant suivi le recourant, et sollicitant un examen neuropsychologique. L'expert a présenté des anamnèses fouillées et procédé aux tests qui s'imposaient. Il a méticuleusement motivé chaque diagnostic retenu et s'est prononcé sur les rapports des autres psychiatres, en justifiant notamment les raisons pour lesquelles il s'écarterait de l'appréciation de la Dresse H\_\_\_\_\_, mandatée en 2004. L'expert a en outre précisément répondu aux questions posées par la chambre de céans. Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du Dr X\_\_\_\_\_.

#### **E. 16**

Dans leur avis du 19 août 2015, les Dresses V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ont considéré qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et tenant compte du fonctionnement intellectuel limité était exigible à 75%. Les médecins du SMR reprochent en premier lieu à l'expert de ne pas avoir précisément indiqué depuis quand la capacité de travail n'est plus exigible. La chambre de céans relève cependant que si le Dr X\_\_\_\_\_ a effectivement expliqué qu'il était très difficile de reconstituer « a posteriori » l'évolution de l'état de santé psychique du recourant - d'autant que le dossier ne comporte qu'un seul document attestant d'une atteinte psychiatrique majeure et durable, soit le rapport de la Dresse T\_\_\_\_\_ du 12 juin 2014 -, il a néanmoins conclu qu'il était « évident » que le recourant était incapable d'actualiser une quelconque capacité de travail sans une aide spécialisée « déjà depuis 2002 » (expertise p. 42), le recourant ayant travaillé pour son ancien employeur jusqu'au « 21.12.2001 » (expertise p. 37). La chambre de céans rappelle que le recourant a sollicité des mesures

A/1326/2010 - 30/35 - professionnelles en 2001, lesquelles lui ont été refusées par l'intimé par décision du 26 janvier 2009. C'est dire qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle, dès lors que les mesures adéquates et indispensables ne lui ont pas été accordées. Concernant le diagnostic d'épisode dépressif majeur, en rémission partielle, les Dresses V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ relèvent que le recourant n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique suite au décès de sa mère ; elles arguent que les dépressions dans un contexte de deuil sont considérées comme réactionnelles et sans répercussions sur la capacité de travail et qu'une dépression d'intensité légère n'est pas incapacitante. Elles ajoutent que le code F32.5 utilisé par l'expert n'existe pas et que la constatation clinique d'une « rémission partielle » impose de préciser le degré d'intensité actuel de l'épisode dépressif. Aucun de ces arguments ne saurait être suivi. Tout d'abord, la chambre de céans observe que l'expert a conclu que le tableau dysthymique remontait « en tout cas à 2002, début de la période d'inactivité » (expertise p. 33), précisant qu'il ressortait de ses consiliums avec la psychiatre traitant et l'ancienne psychologue un fort sentiment d'inutilité et une perte identitaire suite à l'arrêt de travail (expertise p. 33). Lors du décès de sa mère en 2013, il était certain que le recourant avait développé un état dépressif majeur et sévère qui a persisté pendant plusieurs mois et était encore grave en 2014 (expertise p. 37 et 38), comme en atteste la Dresse T\_\_\_\_\_, qui

a signalé que le recourant souffrait « depuis plusieurs années » d'un trouble dépressif, même s'il n'avait jamais été formellement diagnostiqué (rapport du 12 juin 2014). Dans ces conditions, rien ne permet de considérer, comme le font les médecins du SMR, que l'état dépressif serait réactionnel au décès de sa mère. Il apparaît au contraire qu'il lui est antérieur, mais qu'il a connu une aggravation significative en 2013. Ensuite, la chambre de céans remarque que le Dr X\_\_\_\_\_ s'est bien prononcé sur l'état actuel de l'épisode dépressif en rémission puisqu'il l'a qualifié de « gravité légère » (expertise p. 38). Enfin, le fait que le code « F32.5 » soit erroné puisqu'il n'existe pas dans la CIM- 10 est sans conséquence, vu la précision avec laquelle l'expert a posé son diagnostic « épisode dépressif majeur, isolé, en rémission partielle » (expertise p. 30). Comme l'a d'ailleurs relevé la Dresse T\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 octobre 2015, une telle erreur peut avoir été induite par l'utilisation parallèle de deux classifications diagnostiques. S'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), les médecins du SMR sont d'avis que les critères pour le retenir ne sont pas réunis et lui préfèrent le diagnostic d'autre trouble somatoforme (F45.8) ou de trouble somatoforme différencié (F45.1). Elles indiquent à cet égard qu'un trouble somatoforme douloureux persistant implique la présence d'un tableau douloureux persistant associé à un degré de détresse important. Or, selon elles, la douleur apparaît

A/1326/2010 - 31/35 - fluctuante et le recourant ne présente ni détresse importante ni rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. La chambre de céans relève de prime abord que l'existence de douleurs persistantes et chroniques est attestée par l'ensemble des pièces produites (cf. notamment rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2001, du Dr D\_\_\_\_\_ des 20 juillet 2004 et 13 novembre 2007, du COMAI du 27 décembre 2004, du Dr O\_\_\_\_\_ du 5 août 2010, et du rapport d'expertise du CHUV du 19 juillet 2012). De plus, elle relève que le SMR ne s'est pas opposé au diagnostic de syndrome douloureux lorsqu'il a été posé par les experts du CHUV (cf. avis de la Dresse V\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2012 et du 20 janvier 2014) et que la Dresse M\_\_\_\_\_, du SMR, l'a également retenu, dans son rapport du 22 janvier 2008. Le Dr X\_\_\_\_\_ a clairement expliqué que le trouble douloureux s'est développé progressivement depuis 2002 et est devenu plus prononcé à partir de 2009-2010, suite à l'aggravation de l'état de santé de la mère de l'intéressé. De surcroît, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a également été retenu par la Dresse T\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 octobre 2015). Rien ne permet donc de lui substituer celui d'autre trouble somatoforme ou de trouble somatoforme différencié. Concernant le trouble de conversion, les médecins du SMR arguent qu'il n'est pas possible de retenir conjointement un trouble de conversion et un trouble douloureux, ces deux diagnostics s'excluant. Cette opinion, d'ailleurs considérée comme erronée par la Dresse T\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 octobre 2015), s'apparente à une évaluation différente d'un même état de fait et est insuffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Quant au diagnostic de trouble de la personnalité non-spécifié décompensé, les Dresses V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ considèrent que l'expertise ne permet pas de comprendre sur quels critères il repose et relèvent que le recourant a été capable de travailler régulièrement pendant plusieurs années. La chambre de céans constate cependant que l'expert a dûment motivé les éléments le conduisant à retenir ce trouble dont il précise qu'il consiste en une « personnalité fruste et abandonnique ». Il s'est notamment référé à la perte précoce, impromptue et traumatique qu'a vécue l'assuré de son père à l'âge de 10 ans, associée à un sentiment d'injustice, qui a probablement induit une fragilisation de la personnalité sur un mode abandonnique, accentué la tendance fusionnelle avec sa mère et induit d'importantes

lacunes dans son développement affectif précoce. L'expert rappelle à cet égard que l'assuré est presque illettré et qu'il ne dispose d'aucune capacité d'introspection et de représentation. L'examen neuropsychologique a d'ailleurs mis en exergue un déficit de l'intelligence, voire un retard mental léger. De plus, la personnalité a probablement été davantage fragilisée à l'âge adulte par l'éloignement avec son épouse et ses enfants. Une réactivation des éléments abandonniques précoces a eu lieu à la mort de sa mère, puis au départ de ses enfants. La perte d'activité a occasionné une fragilisation supplémentaire chez le recourant en le privant de son rôle de chef de famille. Le fort sentiment d'inutilité a

A/1326/2010 - 32/35 - engendré une blessure narcissique. Enfin, l'assuré a subi une opération qui a contribué à sa déstabilisation dans la mesure où il a pu craindre une issue fatale (expertise p. 35 et 36). Les conclusions et explications du Dr X\_\_\_\_\_ sont sérieusement motivées et convaincantes. Le fait que la pathologie fruste n'existe pas dans la CIM-10 est irrelevante puisque le diagnostic retenu est un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), soit une catégorie résiduelle du trouble de la personnalité. Enfin, le grief du SMR à l'encontre des tests neuropsychologiques n'apparaît pas justifié, étant souligné que lesdits tests ont été réalisés par un spécialiste et approuvés par l'expert, ainsi que par la Dresse T\_\_\_\_\_. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que l'appréciation divergente du SMR n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire, à laquelle elle reconnaît pleine valeur probante.

#### **E. 17**

C'est encore le lieu de rappeler que la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affections y assimilées a changé depuis le mandat d'expertise. Un changement de jurisprudence s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire du Dr X\_\_\_\_\_ est suffisamment détaillée pour permettre de vérifier l'application des nouveaux critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, l'expert a mis en exergue les facteurs extérieurs incapacitants, traduits par les diagnostics et les limitations fonctionnelles du recourant. Il a notamment exposé qu'il existait de nombreuses limitations liées aux symptômes handicapants tels que la labilité de l'humeur, la polyalgie diffuse, les pertes de force et de sensibilité, le trouble visuel, la tension psychique majeure, la fatigue et la fatigabilité, la sensation vertigineuse ou encore la décompensation globale de la personnalité (expertise p 39). Il a précisé que l'atteinte somatoforme, le trouble dépressif et l'atteinte à la personnalité ne peuvent pas être dissociés et que tous ces diagnostics rendent la capacité de travail inexistante en l'état (expertise p 38). Il existe ainsi une comorbidité psychiatrique importante sous forme de troubles sur l'Axe I (psychopathologie) et sur l'Axe II (personnalité et intelligence ; expertise p. 39). Le trouble somatoforme est complexe et comporte également un trouble conversif, de qualité mixte (sensitif et moteur) touchant surtout l'hémicorps droit, ce qui est un indice de gravité supplémentaire. Le tout se complique par la présence d'une personnalité de type fruste, peu différenciée, mais également décomposée sur un

A/1326/2010 - 33/35 - mode abandonnique, surtout depuis septembre 2013. Cette pathologie doit être considérée comme grave et chronifiée (expertise p. 40). L'expert s'est également prononcé sur les ressources du recourant et ses capacités adaptatives, jugées

minimes vu son déficit intellectuel (expertise p. 42), ainsi que sur son entourage familial et social, relevant les tensions conjugales et l'épuisement progressif de l'ensemble du réseau familial qui soutenait le recourant (expertise p. 45). L'expert a souligné le fort sentiment d'inutilité et la perte identitaire qui ont suivi l'arrêt de l'activité professionnelle, et considéré que le recourant n'avait « nullement exagéré ses douleurs », que ses plaintes n'avaient pas été démonstratives et qu'elles avaient « clairement suscité l'empathie de l'expert ». Il a ajouté que le recourant a une demande « évidente de soins, que ce soit sur le plan somatique comme psychiatrique » (expertise p. 44). Il a également suggéré des propositions thérapeutiques, soit un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutique régulière, subsidiairement des mesures réadaptatives dans un milieu protégé (expertise p. 43). L'expertise permet ainsi de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux à hauteur de 100%, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire. La chambre de céans observe au demeurant que les Dresses V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, bien qu'elles aient estimé la capacité de travail du recourant à 75% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques, ont précisé que ladite activité devrait en outre être simple et répétitive, avec des consignes claires, et que le recourant devrait être supervisé. Elles ont encore ajouté que l'intéressé avait « impérativement besoin d'un accompagnement spécialisé pour retrouver une activité adaptée pour autant que celle-ci existe ». Force est donc de constater que le SMR lui-même admet que des mesures préalables sont indispensables et qu'il semble lui aussi douter qu'une activité adaptée puisse exister dans l'économie libre. La chambre de céans relève encore à ce propos que, bien que le SMR ait préconisé l'octroi de mesures d'accompagnement (cf. rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ du

## **E. 22**

janvier 2008 et du Dr N\_\_\_\_\_), l'intimé n'en a pas accordé au recourant. 18. Reste à examiner à partir de quand la rente entière d'invalidité doit être versée au recourant, étant rappelé que ce dernier a déposé sa demande en mai 2007. En vertu de 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 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

A/1326/2010 - 34/35 - En l'occurrence, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès 2002. Il a donc droit à une rente entière à compter du 1er janvier 2003. 19. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 25 février 2010 et de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2003. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/1326/2010 - 35/35 - 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.