

GE_GERICHTE ATAS/267/2010 vom 11. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_267_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/267/2010 du 11 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/267/2010 del 11 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

E. 2

La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références). En l'occurrence, l'OAI, qui a notifié sa décision sous pli simple, n'a pas apporté la preuve de la date de notification de celle-ci, de sorte qu'il faut admettre que l'assurée a reçu la décision attaquée le 12 novembre 2008, comme elle l'affirme, - ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'office intimé. Interjeté ainsi en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est dès lors recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2007 ; plus particulièrement, il s'agit de savoir si son invalidité s'est modifiée depuis le 1er octobre 2007, de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1er janvier 2008.

E. 4

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Aux termes de 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. 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 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 5

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd.,

Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière

A/2945/2009 - 13/19 - 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 sv. consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

E. 6

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

E. 6.1

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

A/2945/2009 - 14/19 - Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des

assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 6.2

En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

E. 7

Dans la décision litigieuse, l'OAI a estimé que le recourant était à nouveau apte à exercer une activité adaptée à plein temps, dès octobre 2007, sur la base des résultats de l'IRM lombaire du 10 septembre 2007, respectivement des avis du SMR des 28 avril/5 mai et 9 mai 2008, et de l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007 posant le diagnostic de majoration des symptômes physique pour des raisons psychologiques, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce faisant, l'office intimé n'a pas analysé si des modifications de l'état de santé de l'intéressé, par rapport à celui existant au moment supposé de la naissance du droit à la rente entière (1er octobre 2004), justifiait la suppression de toute rente. Cela ne suffit toutefois pas pour justifier une révision du droit à la rente (comp. arrêt du Tribunal A/2945/2009 - 15/19 - fédéral du 12 mars 2009, 9C_391/2008, consid. 3.1). En effet, il appartenait bien plutôt à l'administration de démontrer un changement de circonstances, au sens où l'entend l'art. 17 LPGA précité (cf. consid. 4 supra). En l'espèce, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b), que l'état de santé de l'assuré se serait notablement amélioré à partir du 1er octobre 2007. En premier lieu, l'OAI n'a pas démontré à satisfaction que le Dr B_____ avait indiqué, lors de son entretien téléphonique avec

le Dr I _____ du 28 avril 2008, que son patient serait apte à exercer désormais une activité à 100% dans une activité adaptée. Non seulement ce fait est contesté, selon l'avocate de l'assuré, par le Dr B _____ lui-même, mais encore, dans son rapport du 2 juillet 2009 (formulaire 213), ce praticien s'est expressément abstenu de se prononcer sur le taux d'activité exigible dans un travail adapté (léger, en position assise, avec alternance des positions de travail et moyennant des pauses supplémentaires), précisant seulement que la capacité de travail résiduelle devrait être préalablement testée et qu'une amélioration de l'état de santé n'était par ailleurs pas possible. Au demeurant, il ressort des déclarations téléphoniques du Dr B _____, telles que rapportées par le Dr I _____ dans son avis du 28 avril/5mai 2008, que le médecin traitant ne s'est pas montré catégorique à cet égard, puisqu'il a estimé que la capacité de travail de son patient sera « vraisemblablement entière » sous strict respect des limitations fonctionnelles d'épargne du dos. Dans ces conditions, on ne saurait suivre sans autre l'avis du SMR du 9 mai 2008, selon lequel, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 10 septembre 2007. Du reste, le SMR ne donne aucune indication permettant de comprendre pourquoi, sur le plan rhumatologique, l'assuré aurait recouvré une capacité de travail résiduelle à partir de cette date-là. Quant à l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007, elle n'apparaît pas convaincante, étant donné que celle-ci ne satisfait pas entièrement aux règles jurisprudentielles permettant de reconnaître pleine valeur probante à un document médical (cf. ci-dessus, consid. 6). En effet, les expertes ne motivent pas à satisfaction de droit pour quelle raison elles se sont s'écartées du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Pr D _____ dans son rapport d'expertise du 15 mai 2006 et par le SMR (du moins implicitement), dans son avis du 24 août 2006 (ce diagnostic sera d'ailleurs confirmé ensuite également par le Dr B _____, dans son rapport du 10 décembre 2007). A cet égard, les expertes ont simplement exposé, de manière tautologique : « nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus psychologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes

A/2945/2009 - 16/19 - psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble ». Elles ont ensuite relevé que la douleur de l'assuré était de nature organique et qu'elles avaient (dès lors) « préféré (sic) retenir le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui, selon CIM-10, est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient ». C'est le lieu de préciser que, sur le plan terminologique, selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 est caractérisé par "une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient." Pour sa part, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque "des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même" et que le clinicien se trouve en présence d'"arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les

symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux)". Selon la CIM-10, ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (cf. Pierre-André Fauchère, Douleur somatoforme, Chêne-Bourg 2007, p. cit., p. 141 s., p. 255) (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral du 1er décembre 2009, C-3430/2007, consid. 8.3). Dans ce contexte, on soulignera que la distinction entre le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être extrêmement difficile pour le clinicien (Fauchère, op. cit., p. 47), de sorte qu'il convient d'être particulièrement prudent avant de retenir une amélioration notable de l'état de santé basée sur un tel changement de diagnostic. Cette retenue est également justifiée eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les critères plus précis introduits par l'ATF 130 V 352 afin de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme ne sauraient justifier la révocation de rentes allouées conformément au droit à une période antérieure à cet arrêt (ATAF précité du 1er décembre 2009, consid. 8.4.1). On rappellera également que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65) les experts doivent mettre les informations recueillies en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources

A/2945/2009 - 17/19 - psychiques lui permettant de surmonter cet état. On ne saurait donc sans autre accorder une pleine valeur probante à une expertise médicale sur la capacité de travail (raisonnablement exigible) d'un assuré, lorsque l'expert ne met pas en rapport ses constatations, impressions et appréciations qu'il a rassemblées au cours de l'examen avec l'historique clinique de l'expertisé, d'autant plus si, comme en l'occurrence, une rente entière a été octroyée durant trois années, compte tenu, entre autres, du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Pr D _____ (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2006). Par ailleurs, la qualité d'une expertise est déterminée, entre autre, sur la base de la récolte et de la description des informations, la qualité de l'intégration des informations recueillies dans un tableau global cohérent, l'aspect convaincant et complet de la discussion et enfin la clarté et la précision de la réponse aux questions posées (cf. à ce sujet les lignes directrices de la société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques [approuvées et mises en vigueur par l'assemblée générale de la Société suisse de psychiatrie d'assurance le 13 novembre 2003, Bulletin des médecins suisses 2004 p. 1905 ss]).(comp. ATAF du 9 février 2010, C-4848/2007, consid. 12.2.4). Or, en l'occurrence, le rapport d'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007 ne répond pas entièrement à ces derniers critères du fait qu'il ne contient aucune appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et ne renseigne pas sur la question de savoir si l'assuré, dispose, le cas échéant, des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Surtout, les expertes n'ont pas motivé de manière convaincante – la simple constatation du caractère « organique » des douleurs étant manifestement insuffisante à cet égard - pour quelles raisons elles avaient retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, au lieu de celui de trouble douloureux somatoforme persistant retenu antérieurement par le Pr D _____. A cela s'ajoute que si elle prend en compte l'expertise rhumatologique du Pr D _____ du 15 mai 2006, cette expertise psychiatrique passe sous silence les résultats de l'IRM lombaire du 10 septembre 2007, laquelle avait révélé l'apparition d'un aspect hyperintense de l'anneau fibreux postérieur

L4-L5 latéralisé à gauche avec l'impression d'une minime hernie discale foraminale gauche pouvant créer une contrainte sur la racine L5 gauche. Or cet élément était de nature à augmenter les douleurs de l'assuré, comme cela ressort du courrier subséquent du Dr J _____ du 25 octobre 2007 préconisant un parcours diagnostic et thérapeutique de discographie L4-L5 et L5-S1 (voir aussi courrier du Dr K _____ du 29 janvier 2008). D'ailleurs, dans son avis du 3 mars 2008, le SMR a admis que ces douleurs pouvaient avoir une origine discographique. Dans un courriel du 9 mai 2008, le SMR a même précisé que les limitations fonctionnelles de l'assuré avaient été « élargies » et que celui-ci ne disposait d'une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, qu'à partir du 10 septembre 2007, date de l'IRM lombaire. Enfin, on relèvera que, dans son appréciation du cas (p. 3), l'experte psychiatre

A/2945/2009 - 18/19 - semble avoir pris uniquement en considération l'estimation du Dr A _____, selon laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, depuis le 1er juillet 2004, et non pas l'avis – au demeurant non mentionné - du SMR du 24 août 2006, évaluant celle-ci à 80% (date non déterminée). Or, dans son dernier avis du 28 avril/5mai 2008, le SMR s'est finalement distancé de ces précédentes estimations (y compris de celle du Pr D _____ retenant une capacité de travail résiduelle de 90% dès octobre 2004), puisqu'il a finalement retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle, et cela dans toute activité, du 22 octobre 2003 au 10 septembre 2007. Cette dernière estimation n'a toutefois pas pu être prise en compte dans l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007. C'est dire que l'appréciation de l'experte psychiatrique a été faite sur la base d'un dossier incomplet et ne saurait, pour ce motif également, être convaincante. D'un autre côté, les avis des médecins traitants ne sont pas probants pour apprécier la capacité de travail du recourant. En particulier, l'avis du Dr J _____ du 28 avril 2008, selon lequel l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans une capacité de travail « pour son problème neurochirurgical » est particulièrement succinct, sinon lapidaire. Cette appréciation est au demeurant partiellement contredite par le Dr B _____, lequel a retenu, dans son rapport du 2 juillet 2009, que son patient restait capable d'effectuer des travaux légers, en position assise et en faisant alterner les positions de travail. Dans ces conditions, et dans la mesure où les deux expertises (rhumatologique et psychiatrique) versées au dossier n'ont pas été établies de façon interdisciplinaire avec échange de vues des spécialistes, ce que la le recourant fait valoir à bon droit, on ne saurait admettre, en l'absence d'une indication claire des faits établis, une modification de l'état de santé du recourant propre à justifier une suppression pure et simple de son droit à une rente (totale). Dès lors, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il mette sur pied une expertise interdisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, et, le cas échéant, orthopédique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) (comp. ATAF du 19 janvier 2010, C-7772/2007, consid. 9.3), visant en particulier à déterminer si l'état de santé, respectivement la capacité de travail du recourant, a subi un changement significatif dès le 1er octobre 2007, puis statue à nouveau sur son droit éventuel à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2007.

E. 9

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), fixés en l'espèce à 2'000 fr.

E. 10

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

A/2945/2009 - 19/19 -

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