

GE_GERICHTE ATAS/278/2020 vom 8. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_278_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/278/2020 du 8 avril 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/278/2020 del 8 aprile 2020

Erwägungen

E. 7

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. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants : a. 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. 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. b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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. c. La comorbidité psychique 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

A/4009/2017 - 19/25 - l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic

de la personnalité. d. Il convient ensuite 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. e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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. f. Il s'agit, encore, 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 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. g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique 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.

E. 8

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. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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).

A/4009/2017 - 20/25 - Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131

V 49 consid. 1.2).

E. 9

Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

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

A/4009/2017 - 21/25 - 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 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. À 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'écarte 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. A/4009/2017 - 22/25 - 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

a. En l'espèce, les rapports d'expertise des Drs P_____ et O_____ sont détaillés et complets et contiennent des conclusions consensuelles. Ils répondent aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. b. L'intimé a fait valoir que l'expert-rhumatologue ne pouvait pas conclure à une incapacité totale de travailler du recourant dans toute activité, vu le status et les limitations fonctionnelles retenues en lien avec l'atteinte somatique et en se fondant sur le déconditionnement musculaire de l'assuré. L'intimé n'a ainsi pas tenu compte de l'atteinte psychiatrique du recourant. Or, la capacité de travail de celui-ci ne peut être déterminée en faisant abstraction de cette atteinte. En effet, la spécificité de l'atteinte à la santé du recourant résulte de l'association des atteintes physiques et psychiques. Le déconditionnement global, dans la mesure où il est associé à une kinésiophobie et à un état anxieux, constitue un diagnostic, qui a précisément été retenu

par l'expert-rhumatologue. Celui-ci a expliqué que les lombalgies du recourant avaient entraîné une déchéance physique, puis psychologique devant son incapacité à faire face à ses limitations fonctionnelles et à sa douleur et que cette situation avait enfin entraîné une kinésiophobie. L'on se trouve ainsi dans un cas où le déconditionnement peut être pris en compte pour évaluer la capacité de travail. c. L'intimé a encore fait valoir que l'expert ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, car tous les critères du DSM-5 n'étaient pas remplis. Il faut relever à cet égard, que l'expert a motivé sur près de sept pages le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, selon le DSM-5. Il a examiné systématiquement tous les critères du diagnostic et justifié pourquoi il les retenait ou pas. Il en a retenu un grand nombre, mais pas tous. Il ressort clairement du

A/4009/2017 - 23/25 - DSM-5 que tous les critères diagnostiques n'ont pas à être retenus pour que ce diagnostic soit posé. À titre d'exemple, il est mentionné qu'il faut « un ou plusieurs » critères des catégories A et B (p. 320). d. Les conclusions de l'expert-psychiatre sont motivées et n'apparaissent pas fondées que sur des éléments subjectifs, contrairement à ce qu'invoque l'intimé, mais également sur les observations de l'expert lors de ses entretiens avec l'assuré et les pièces du dossier. Dans le cadre d'une expertise, le temps d'observation est relativement court et l'expert a lui-même relevé que cela ne permettait qu'une objectivation partielle des plaintes. Il faut également rappeler que, de manière générale, les maladies psychiques ne peuvent être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs, raison pour laquelle le Tribunal fédéral a développé des indicateurs permettant d'établir si l'atteinte à la santé psychique est incapacitante. e. L'intimé a relevé que l'expert avait retenu des troubles de la concentration qu'il n'avait cependant pas objectivés au moment de l'examen clinique. Cela est exact, mais il ne s'agit pas là d'une contradiction ou d'une erreur, car l'expert a expliqué, en page 13 de son rapport, qu'il retenait des problèmes de concentration en se référant à l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, selon lesquelles les difficultés de concentration de l'assuré étaient majeures, avec des difficultés notamment pour tenir ses engagements, comme surveiller ses petits-enfants, tout en précisant que l'assuré avait eu une concentration suffisante pour répondre aux questions et dialoguer durant les entretiens. f. S'agissant des critères développés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère incapacitant d'une atteinte psychique, ils n'ont pas à être tous remplis pour que ce caractère soit retenu. Il faut les apprécier en fonction de la situation spécifique de l'assuré. En l'occurrence, l'analyse de ces critères par l'expert-psychiatre a été correctement faite et ses conclusions sont convaincantes. S'agissant du déroulement de la journée de l'assuré, l'intimé s'est référé à la description figurant dans le rapport d'expertise du rhumatologue, qui est moins déterminante dans ce contexte que celle figurant dans le rapport psychiatrique. À teneur de celle-ci, l'on ne peut raisonnablement soutenir que le recourant disposait de ressources personnelles préservées, contrairement à ce que soutient l'intimé. Il en ressort en effet que ses activités sont très limitées ainsi que sa vie sociale. Le recourant est dépendant de son épouse pour la plupart des activités de la vie quotidienne et s'il se rend à la mosquée une fois par semaine, il évite de rencontrer des compatriotes afin de ne pas raviver de mauvais souvenirs. Le fait qu'il puisse apprécier encore travailler la terre et regarder des matchs de football à la télévision ne suffit pas à considérer que son atteinte psychique n'est pas invalidante.

A/4009/2017 - 24/25 - g. L'intimé a fait valoir qu'on ne pouvait pas retenir un échec de tout traitement conforme aux règles de l'art, puisque le recourant n'avait eu aucun traitement

psychotrope, ni suivi psychiatrique. L'expert a en effet relevé que l'assuré n'avait pas eu de prise en charge spécialisée, alors que cela aurait dû être le cas. Cela ne permet toutefois pas de conclure à un pronostic négatif. En effet, lorsque l'assuré a eu un traitement inapproprié, comme cela a été le cas en l'espèce, l'on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie, selon la jurisprudence précitée. L'appréciation des critères développés par le Tribunal fédéral par le SMR, dont le rapport ne peut se voir reconnaître pleine force probante contrairement au rapport de l'expert-psychiatre, ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de ce dernier. Les rapports d'expertise des Drs P _____ et O _____ doivent ainsi se voir reconnaître une pleine force probante.

E. 13

Sur la base des conclusions de l'expertise, il sera retenu que le recourant était totalement incapable de travailler dès le 6 avril 2014. Il a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2015, soit le 1er jour du mois au cours duquel s'est terminé le délai d'attente d'un an dès le début de l'incapacité de travail durable et de six mois depuis le dépôt de la demande de prestations de l'assurance- invalidité (le 15 octobre 2014).

E. 14

Le recours est ainsi admis.

E. 15

Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

E. 16

Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/4009/2017 - 25/25 - 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.