

# **GE\_GERICHTE ATAS/358/2013 vom 17. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_358\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_358_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/358/2013 du 17 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/358/2013 del 17 aprile 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/894/2012 - 14/24 - assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'est aggravé depuis la décision du 12 décembre 2005, au point de lui ouvrir le droit à une rente.

### **E. 4**

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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 changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

## **E. 6**

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 7**

Pour l'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, dont font partie le trouble somatoforme douloureux persistant et la fibromyalgie, la jurisprudence du Tribunal fédéral a dégagé un

A/894/2012 - 15/24 - certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - leur caractère invalidant. Selon notre Haute Cour, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité et il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent 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. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé.

## **E. 8**

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-

A/894/2012 - 16/24 - invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.2).

## **E. 9**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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). b) 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. 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 125 V 351 consid. 3).

A/894/2012 - 17/24 - c) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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).

#### **E. 10**

juge en général plusieurs entretiens nécessaires pour évaluer un trouble de la personnalité (CIM-10 p. 114). Il s'agit en outre d'une situation médicale générale lourde et complexe, comme le Dr A \_\_\_\_\_ l'a attesté le 6 septembre 2011. Cela peut aussi expliquer que l'expert psychiatre de la CRR n'ait pas pu se rendre compte de la gravité des atteintes psychiques dans le laps de temps relativement court consacré à l'entretien avec le recourant, d'autant plus qu'il ressort des différents rapports médicaux et de l'entretien du 3 juin 2010 du recourant avec la gestionnaire de dossier de l'intimé, que le recourant a beaucoup de peine à exprimer les aspects douloureux de son vécu et qu'il tend à minimiser sa détresse. Enfin, il est à noter que le Dr E \_\_\_\_\_ de la CRR lui-même a eu quelques doutes concernant l'évaluation de la capacité de travail du recourant, dans la mesure où il s'est demandé si l'ensemble des troubles pourrait restreindre la capacité de travail ( p. 4 de l'expertise psychiatrique). Les conclusions de l'expertise judiciaire concordent avec celles des médecins traitants, comme exposé ci-dessus. En effet, des troubles anxio-dépressifs sévères entraînant une incapacité de travail totale avaient déjà été diagnostiqués en juillet 2010 par le Dr A \_\_\_\_\_. Ils ont été confirmés par la Dresse C \_\_\_\_\_, les médecins des HUG et de la Clinique genevoise de Montana. Enfin, il est à relever que les experts de la CRR ne contestent pas que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent. Ainsi, il se pourrait également que le recourant se soit trouvé dans une phase de rémission au moment de cette expertise, sans que l'on puisse pour autant considérer qu'il ait recouvré durablement une capacité de travail. Enfin, l'expertise de la CRR n'a pas mis en cause les incapacités de travail attestées précédemment.

En tout état de cause, l'expertise de la CRR n'emporte pas la conviction de la Cour. Il s'avère en effet qu'elle n'a pas véritablement été rendue en connaissance du dossier médical intégral. En effet, elle ne comporte qu'un extrait du dossier et ne mentionne notamment pas le processus de reclassement du recourant à la suite de la pose d'une prothèse totale de la hanche droite en 2001, et que celui-ci a uniquement recouvré un taux de capacité de travail de 75% à l'issue de la réadaptation

A/894/2012 - 22/24 - professionnelle. Sur le plan formel, il est ainsi douteux que cette expertise ait une pleine valeur probante. En outre, la conclusion des experts, selon laquelle le recourant aurait une capacité de travail de 80% en tant que polisseur, soit supérieure à ce qui a été retenu en 2005, n'est pas convaincante, alors même qu'il continue à souffrir de douleurs à la hanche et au dos très importantes, nécessitant même l'administration de morphine, douleurs auxquelles se sont ajoutées des gonalgies, et a présenté une dysplasie de la corde vocale, opérée à plusieurs reprises, indépendamment des troubles psychiques. À cela s'ajoute le comportement suicidaire du recourant, qui malgré cette dysplasie a continué à avoir une consommation importante de cigarettes (un à deux paquets par jour selon le Dr A\_\_\_\_\_ ) et d'alcool. Ce comportement suicidaire était déjà présent au moment de l'expertise de la CRR. La Cour peine aussi à croire que le recourant ait exagéré ses plaintes somatiques, au vu du traitement antalgique très important. A part le Dr G\_\_\_\_\_, tous les médecins ont estimé que les plaintes du recourant étaient authentiques.

c) L'incapacité de travail du recourant ayant été essentiellement provoquée par des troubles psychiatriques et non pas par des douleurs, il n'y a pas lieu d'examiner si les critères jurisprudentiels sont remplis pour reconnaître un caractère invalidant au syndrome douloureux, dans l'hypothèse où il devrait être admis que les douleurs ne sont pas entièrement objectivables. Par ailleurs, la dépendance à l'alcool n'a jamais empêché le recourant de travailler, même si elle a aussi contribué à le fragiliser. Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner si cette dépendance a en l'occurrence un caractère primaire ou secondaire. d) Au vu de ce qui précède, la Cour est convaincue par les conclusions de l'expert judiciaire, sauf en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail totale. L'expert judiciaire a retenu à ce titre le mois de septembre 2009. Cependant, s'il est vrai que le recourant a commencé à consulter un psychiatre à partir de mars 2009, des incapacités totales de travailler ne sont attestées par les Drs A\_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ qu'à partir de novembre 2009. Partant, la Cour estime qu'il y a lieu de s'écarter sur ce point de l'expertise judiciaire et de se fonder sur les attestations des médecins traitants établis à l'époque. e) L'état de santé du recourant s'est donc aggravé depuis la décision de l'intimé en 2005. Son incapacité de travail étant totale, il a droit à une rente d'invalidité entière une année après le début de celle-ci, à savoir à partir de novembre 2010.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière dès novembre 2010.

A/894/2012 - 23/24 -

#### **E. 12**

Dans la mesure où l'intimé succombe, il sera condamné à verser au recourant une indemnité de 3500 fr. à titre de dépens.

#### **E. 13**

L'intimé sera par ailleurs condamné au paiement d'un émolument de justice de 200 fr., ainsi que des frais de l'expertise psychiatrique du Dr O\_\_\_\_\_ de 4'950 fr.

A/894/2012 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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