

GE_GERICHTE ATAS/475/2014 vom 8. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_475_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/475/2014 du 8 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/475/2014 del 8 aprile 2014

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 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

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. 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 le 1er janvier 2004, respectivement, 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

A/3216/2012 - 13/19 - 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 467 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 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 ..., et, après le 1er janvier, 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 (ATFA non publié 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 délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail du point de vue psychique.

E. 6

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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/3216/2012 - 14/19 - 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

E. 8

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). 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

A/3216/2012 - 15/19 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Selon l'ATF 137 V 210, lorsque le tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en oeuvre. Les coûts de l'expertise ordonnée par le tribunal peuvent alors être mis à la charge de l'AI. 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. 9

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur dès le 1er janvier 2005), 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. 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).

E. 10

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

A/3216/2012 - 16/19 - 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. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 11

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise des Drs W_____ et A_____ pour déterminer que l'assuré était capable de travailler à 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du point de vue somatique, la valeur probante de l'expertise du Dr A_____ n'aura pas à être examinée, dans la mesure où ses conclusions rejoignent celles du Dr Q_____, les deux experts s'accordant sur une capacité de travail de 85% à 90% dans une activité adaptée, de sorte que la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle pourra rester ouverte. Du point de vue psychiatrique, les conclusions de l'expertise du Dr W_____ ont été sérieusement ébranlées par les éléments ressortant des rapports médicaux détaillés et convaincants des Drs S_____, V_____ et C_____, tous psychiatres, ce qui a nécessité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Le rapport d'expertise du Dr D_____ se fonde sur trois examens médicaux de l'assuré et une anamnèse précise, il est établi en pleine connaissance de l'ensemble du dossier, les questions litigieuses importantes ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, les conclusions de l'expert sont bien motivées, claires et étayées. Il expose sobrement les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr W_____. L'intimé met en cause la valeur probante de l'expertise sur plusieurs points, en se basant sur l'avis du SMR, en particulier celui du 26 février 2014. En premier lieu, l'expert se serait fondé exclusivement sur des éléments subjectifs, soit les dires de l'assuré. S'il est évident que l'anamnèse, soit le parcours de vie de l'assuré durant la guerre à laquelle il a été confronté, ne peut être établie que sur la base des dires de l'assuré, l'expert ne s'est pas contenté de ceux-ci pour poser les diagnostics retenus. Il a soumis l'assuré à un examen psychologique et a procédé à trois examens personnels de celui-ci. Aux termes de ces examens, bien évidemment mis

A/3216/2012 - 17/19 - en relation avec la description faite par l'assuré de sa vie au Liban de 1975 à 1990, l'expert a clairement exposé les motifs pour lesquels il retenait le diagnostic

de stress post-traumatique chronique. Au surplus, l'expert a tenu compte des rapports médicaux circonstanciés des médecins-traitant de l'assuré depuis 2006 qui mentionnent également les déclarations des proches, directement témoins des comportements parfois violents de l'assuré. En second lieu, l'expertise ne serait pas convaincante, compte tenu du fait que l'assuré a pu vivre correctement adapté en Suisse depuis 1986. Sur ce plan, l'expert donne des explications parfaitement convaincantes. C'est à l'occasion de traumatismes particuliers, notamment les problèmes médicaux consécutifs à l'accident de ski de 1990, que l'assuré a été confronté à une reviviscence ayant nécessité un suivi psychiatrique de six mois par le Dr F_____. L'assuré a ensuite été en mesure de gérer la situation jusqu'en 2002. Les récurrences concernant le tibia-péroné surinfecté et réopéré ont impliqué une réactivation du trauma qui ont fait revivre à l'assuré la période de guerre avec des angoisses de morcellements et de mort, l'ensemble du tableau clinique s'étant gravement péjoré en 2006, lors d'un conflit de couple. En troisième lieu, les conclusions de l'expert concernant la capacité de travail de l'assuré sont convaincantes et particulièrement nuancées. A juste titre, l'intimé ne remet pas en cause le diagnostic de modification durable de la personnalité. L'expert expose à ce sujet précisément les motifs qui lui permettent de le retenir. Au surplus, l'expert retient un état dépressif récurrent, d'intensité actuelle sévère. L'incapacité de travail due à l'état de stress post-traumatique et à la modification durable de la personnalité, de l'ordre de 60% à 70% est aggravée pour atteindre une incapacité de 90% à 100% lorsque l'état dépressif est sévère et pour atteindre une incapacité de travail de 80% à 90%, lors des périodes de rémission de cet état dépressif sévère, qui par moment, est seulement d'intensité moyenne à légère. Ainsi, outre le fait que la jurisprudence citée par le SMR (arrêt 8C_483_2012 du 4 décembre 2012) n'est pas déterminante en l'espèce, il s'avère au surplus que s'il convenait d'examiner l'état de stress post-traumatique à l'aune de la jurisprudence concernant le trouble somatoforme douloureux, il serait alors établi que l'assuré présente au surplus un état dépressif sévère, qui est manifestement une comorbidité suffisamment grave pour être invalidante. En dernier lieu, contrairement à ce que soutient le SMR, l'expert explique posément pourquoi l'expertise du Dr W_____ ne peut pas être suivie. Ce médecin a en effet totalement occulté l'intégralité de l'anamnèse de l'historique traumatique de l'expertisé pendant la guerre civile au Liban. A la différence de l'expert, le Dr W_____ n'a vu qu'une seule fois l'assuré. Il n'a pas cherché à savoir pourquoi l'assuré avait dû consulter, en 1991, puis en 2000, ni ce que les psychiatres avaient alors constaté. Il s'est contenté d'écarter d'un revers de la main le diagnostic de

A/3216/2012 - 18/19 - stress post-traumatique retenu par les Drs S_____ et V_____, sans s'interroger sur le passé de l'assuré. Pour terminer, les avis du SMR des 15 mars 2012 et 26 février 2014 ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. L'avis du SMR du 9 juillet 2013 se prononce quant à lui uniquement sur le nom de l'expert et les questions à lui poser et n'est donc pas relevant. La Cour peut donc se fonder sur l'expertise du Dr D_____ pour déterminer la capacité de travail de l'assuré.

E. 12

L'assuré présente donc depuis l'hospitalisation de septembre 2006 une incapacité de travail dans toute activité, de 80% à 90% au minimum et de 90% à 100% lors des rechutes dépressives. Il a été établi que du point de vue somatique, l'assuré avait conservé une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Ainsi, suite au dépôt d'une demande de prestations d'invalidité en février 2004, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'un an dès l'incapacité de travail durable ayant débuté en

septembre 2006, soit dès le 1er septembre 2007. La décision du 25 septembre 2012 est donc mal fondée et elle doit être annulée. Compte tenu du fait que l'incapacité de travail est établie dans toute activité, à 90%, il n'est pas nécessaire de procéder à la comparaison des revenus, le taux d'invalidité de 90% se confondant avec le taux d'incapacité de travail.

E. 13

Le recours, bien fondé est donc admis et la décision du 25 septembre 2012 est annulée, l'assuré ayant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2007. L'assuré, représenté par un mandataire et obtenant gain de cause, a droit à une indemnité fixée à 2'500 fr., compte tenu du temps consacré à la procédure. Par ailleurs, outre l'émolument de 200 fr, le coût de l'expertise de 3'790 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/3216/2012 - 19/19 - 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.