

GE_GERICHTE ATAS/523/2010 vom 18. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_523_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/523/2010 du 18 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/523/2010 del 18 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Constatant que la décision, datée par erreur du 11 février 2008, date qui correspondait à la date de la notification du projet de décision, et envoyée en pli simple et non en recommandé, le Tribunal considère que la décision a été reçue par le recourant le 10 avril 2008. En conséquence, déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable.

E. 4

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de

A/1525/2008 - 10/16 - la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 10 avril 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 5

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 6

Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis octobre 1997.

E. 7

Par décision du 18 juin 2001, l'OCAI avait fixé le taux d'invalidité du recourant à 32,10% et avait refusé toute prestation AI. Le 19 juillet 2001, l'assuré avait interjeté recours contre cette décision. Par arrêt du 13 novembre 2003, le Tribunal de céans a rejeté le recours en retenant notamment un taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus de 35%.

E. 8

Le 7 janvier 2005 (reçue le 12 janvier 2005), le recourant a déposé une demande de prestations en invoquant notamment une modification importante des circonstances propres à déterminer le degré d'invalidité. Par décision du 10 avril 2008, l'OCAI a refusé tout droit à des prestations de l'AI.

E. 9

Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations du recourant, singulièrement à une rente entière d'invalidité.

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

A/1525/2008 - 11/16 -

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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

Dans son certificat médical du 14 avril 2008, le Dr. H_____ fait état d'un diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants, diagnostic que ce médecin a confirmé lors de son audition du 2 juin 2009.

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 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de l'échec de

A/1525/2008 - 12/16 - 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 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

E. 10

Au sujet des critères relatifs au caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants, il y a lieu de relever que, selon le Dr. D_____, le recourant souffre d'un état dépressif chronique d'une intensité moyenne, voire plus grave en fonction de sa situation, il n'y a aucune amélioration envisageable et la situation est irréversible. Pour sa part, le Dr.

H_____ a relevé la présence de douleurs chroniques. Le Dr. G_____ relève, dans son rapport du 11 avril 2008 que son avis est le même que celui d'il y a un an, c'est-à-dire qu'étant donné la chronicité des plaintes et l'absence d'évidence clinique d'irritation radiculaire ainsi que de compression significative sur les derniers examens radiologiques, il est extrêmement peu probable que toute intervention soit efficace et que le recourant puisse reprendre le travail un jour. Ce dernier apparaît toutefois fortement handicapé par ses plaintes et, malgré le rejet de sa demande de prestations de l'AI, il se demande, dans l'état où il se présente lors de la consultation, comment il pourrait faire un travail même léger. En revanche, au sujet de son intégration sociale, le recourant a précisé, lors de son audition, qu'il avait de temps en temps des amis kosovars qui viennent chez lui et qu'il rencontre régulièrement. De plus le recourant participe également aux activités de son quartier.

E. 11

En l'occurrence, il sied de constater que l'état dépressif du recourant est d'intensité moyenne, voire plus grave en fonction de la situation et ne fait l'objet que de prise d'antidépresseurs avec des consultations non régulières, soit parfois chaque mois, parfois chaque six semaines. En outre, au sujet des douleurs chroniques, une intervention chirurgicale n'a notamment pas été proposée et seul un traitement de physiothérapie et d'antalgiques a été prescrit.

A/1525/2008 - 13/16 -

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, 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], 4e 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 (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, 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 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

A/1525/2008 - 14/16 - selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 12

En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports médicaux des Drs J _____, K _____, G _____ et L _____ ainsi que des Drs H _____ et D _____ qui concluent notamment à une incapacité de travail du recourant.

E. 13

Pour sa part, l'OCAI a procédé, par l'intermédiaire du SMR, à un examen psychiatrique, en date du 19 décembre 2007. Cet examen se limite à l'aspect psychiatrique de la situation du recourant sans examiner le volet somatique.

E. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce; qu'elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation; que si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1); qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4;

E. 15

Par ailleurs selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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; qu'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; qu'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 judiciaire 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); qu'à 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 (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

E. 16

En l'espèce, il convient de constater que l'OCAI a limité sa mission d'examen à l'aspect psychiatrique du recourant sans approfondir le volet somatique. Il est donc pertinent d'inviter l'OCAI à soumettre le recourant à un examen neurologique et rhumatologique afin de déterminer le caractère invalidant des douleurs somatiques.

A/1525/2008 - 15/16 -

E. 17

Il convient donc de constater que la décision refusant toute prestation n'est pas fondée sur une situation médicale correctement investiguée. En l'état, la décision litigieuse sera annulée, le dossier renvoyé à l'administration pour nouvelle instruction, dans le sens d'un examen pluridisciplinaire (neurologique et rhumatologique).

E. 18

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le recourant a droit à des dépens pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b). Bien que l'intimé ne se soit pas déterminé sur un complément d'instruction, il convient de relever que cette lacune a incité le recourant à agir par voie de recours. Des dépens seront donc alloués au recourant à hauteur de 1'500 fr.

E. 19

Il sera, en l'état, renoncé à la perception d'un émolument.

A/1525/2008 - 16/16 -