

GE_GERICHTE ATAS/575/2010 vom 25. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_575_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/575/2010 du 25 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/575/2010 del 25 maggio 2010

Erwägungen

E. 9

Le 28 août 2006, le recourant, représenté par Me Alain DROZ, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans et a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique et psychiatrique.

E. 10

Le 25 septembre 2006, le recourant a communiqué au Tribunal de céans copie d'un rapport établi le 21 septembre 2006 par le Dr A_____, aux termes duquel l'atteinte du champ visuel correspondait à une cécité quasi-totale qui n'était pas compatible avec l'autonomie du recourant dans la vie courante en ce sens qu'il paraissait difficile de comprendre que celui-ci puisse, avec un tel champ visuel, se rendre à la consultation seul depuis son domicile et en transports publics. Il posait la question de la fiabilité des tests, qui étaient dépendants de la compréhension et de la collaboration du recourant. Le médecin a soutenu que l'abord psychologique du recourant laissait également percevoir à son sens une souffrance psychique évidente et sollicitait dès lors la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique, neuro- psychologique ou encore neuro-ophtalmologique, qu'il jugeait indispensable.

E. 11

Par arrêt du 21 février 2007, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé les décisions des 27 avril et 22 juin 2006 de l'intimé et renvoyé la cause à l'OAI pour

A/888/2008 - 5/14 - qu'il mette en œuvre une expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique. En effet, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, posé par le Dr A_____ ainsi que les déclarations de ce dernier concernant la souffrance psychique ressentie par le recourant, étaient de nature à mettre en doute la valeur probante du rapport SMR. De plus, aucune expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique comme sollicité par le Dr A_____ n'avait été effectuée afin de clarifier la situation du point de vue de l'acuité visuelle, pourtant déterminante s'agissant de la capacité de travail.

E. 12

L'OAI a ainsi mandaté le Dr F_____ pour qu'il procède à une expertise neuro-ophtalmologique et le Prof. G_____ pour une expertise neuropsychologique.

E. 13

Le Dr F_____ a reçu le recourant en date du 26 septembre 2007 et a établi son rapport d'expertise en date du 10 octobre 2007. Il indique qu'objectivement et sur le plan ophtalmologique, il n'existe aucun diagnostic certain ayant une répercussion sur la capacité de travail et pose les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après opération de la cataracte et implant de chambre postérieure des deux yeux depuis 1998,

d'anisocorie avec correctopie droite post-opératoire depuis 1998 et de blépharite chronique modérée depuis des années. De plus, il met en exergue une discordance très nette entre les plaintes subjectives et les constatations objectives qu'il est possible de faire vu les limites dans lesquelles le recourant se laisse examiner. Les performances du recourant sont "effondrées" le jour de l'examen, toutefois, le médecin ne peut pas objectiver une quelconque pathologie oculaire qui permettrait d'expliquer un tel effondrement de la fonction visuelle. Il n'existe notamment pas de rétinopathie nette, ni d'atrophie optique visible, ni de net déficit pupillaire afférant relatif à droite. Il lui est impossible de se prononcer quant à la capacité visuelle réelle de ce recourant, un minimum de collaboration et de coopération étant nécessaire. Il soutient que l'importante composante fonctionnelle non-organique surajoutée présentée par le recourant résulte vraisemblablement d'un problème psychique ou mental. Il avance également que la composante fonctionnelle pourrait découler d'un syndrome de conversion ou d'une simulation. En se basant uniquement sur les atteintes oculaires objectivables, le médecin conclut qu'il existerait une entière capacité de travail comme aide- cuisinier. Cependant, il doute que le recourant puisse exercer une quelconque activité tant que l'importante composante fonctionnelle non-organique surajoutée sera présente. Il remarque enfin que les problèmes du recourant sont plus du ressort de ses collègues psychiatres et recommande qu'une expertise psychiatrique soit entreprise.

E. 14

Par ailleurs, le Prof. G_____E, médecin-chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier vaudois (CHUV) et H_____, psychologue associée, ont examiné le recourant les 23 et 29 octobre 2007. Elles indiquent que malgré les explications détaillées fournies lors des deux entretiens, le recourant, qui présente une tendance logorrhéique avec réponse à côté, refuse de

A/888/2008 - 6/14 - participer à l'examen, invoquant des problèmes de diabète et plus largement de multiples problèmes de santé auxquels il est confronté, de sorte qu'une investigation neuropsychologique n'a pas de sens.

E. 15

Par avis du 5 décembre 2007, le SMR a constaté l'absence de collaboration du recourant qui rend plausible la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques diagnostiquées lors de l'examen au SMR, de sorte que l'expertise bidisciplinaire du SMR resterait valable.

E. 16

Par projet de décision du 14 décembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité du recourant, sa capacité de travail, tant sur le plan physique que psychologique, étant entière dans l'activité habituelle d'aide de cuisine.

E. 17

Par décision du 13 février 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.

E. 18

Par acte du 17 mars 2008, le recourant interjette recours à l'encontre de cette décision et conclut préalablement, qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée et principalement qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et que des dépens lui soient versés.

E. 19

Par avis du 7 mai 2008, le SMR a rappelé que lors de l'expertise bidisciplinaire, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'avait trouvé aucune pathologie psychiatrique et avait uniquement conclu à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. De plus, en raison du manque de collaboration du recourant, il a considéré que toute évaluation ultérieure était inutile.

E. 20

Par réponse du 16 mai 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'examen bidisciplinaire a pleine valeur probante et que ses conclusions sont corroborées par les résultats des récentes expertises.

E. 21

Par réplique du 20 juin 2008, le recourant précise que les conclusions du Dr F _____ selon lesquelles sa capacité de travail serait entière sont contredites par le Dr A _____, évaluant son acuité visuelle à 0.05 odg, ce qui correspond à une malvoyance sévère. Son état de santé est ainsi manifestement incompatible avec son activité d'aide de cuisine.

E. 22

Par duplique du 8 juillet 2008, l'OAI persiste également dans ses conclusions.

E. 23

Par courrier du 17 novembre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique, a communiqué les questions qu'il désirait poser, et leur a fixé un délai pour qu'elles puissent le cas échéant indiquer les questions supplémentaires à soumettre à l'expert.

A/888/2008 - 7/14 -

E. 24

Par courrier du 15 décembre 2008, l'OAI a produit un avis médical du Dr I _____, médecin du SMR, qui a sollicité que l'expertise devant être conduite comporte également un examen neuropsychologique.

E. 25

Le recourant, quant à lui, ne s'est pas prononcé.

E. 26

Par ordonnance du 16 janvier 2009, le Tribunal de céans a ainsi ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, laquelle a été confiée au Dr J _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et à Monsieur T _____, psychologue spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie.

E. 27

Par courrier du 24 avril 2009, Monsieur T _____ a informé le Tribunal de céans que l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous qui lui avait été fixé et que celui-ci ne lui avait pas donné de nouvelles, ni par écrit ni par téléphone.

E. 28

Le Dr J_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 16 avril 2010, suite à l'étude du dossier et à deux consultations des 1er et 13 octobre 2009. Il pose les diagnostics d'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles, diagnostic correspondant au trouble de conversion avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel (F44.6), d'épisode dépressif moyen et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il explique que l'assuré présente une tristesse alléguée et observée, une irritabilité, une fatigue, une anhédonie, des troubles de l'attention et de la continuité du sommeil ainsi qu'une attitude très pessimiste face à l'avenir. Ces éléments lui permettent notamment de retenir un épisode dépressif majeur, de degré de sévérité moyen. Il ne peut toutefois pas décrire la chronologie, la durée et l'évolution de cet épisode, au vu des lacunes de l'anamnèse dues au comportement de l'assuré. Pour ce qui est du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'angoisse marquée, allant jusqu'à la désorganisation transitoire de la pensée et du comportement, amène l'expert à conclure que l'assuré n'a pas les capacités psychiques pour faire face à sa situation et que « ses ressources cognitives étaient débordées par la détresse émotionnelle ». Enfin, le diagnostic d'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles est considéré comme très probable, attendu que tous les critères diagnostics sont présents. Ce dernier diagnostic existe, d'après l'expert, depuis 2002 et s'est essentiellement manifesté par des troubles visuels sévères, mais d'intensité fluctuante. Il ne peut pas en revanche se prononcer sur l'époque à laquelle est apparu l'épisode dépressif, faute d'informations anamnestiques suffisantes. L'expert déclare également qu'il ne peut pas se déterminer sur la question du bien-fondé du trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère retenu par le Dr E_____, en raison du manque d'informations contenues dans le rapport dudit médecin au sujet de l'évolution du trouble, de la réponse au traitement et de la

A/888/2008 - 8/14 - symptomatologie. Cependant, dans la mesure où le caractère récurrent et sévère du trouble dépressif n'est pas assuré, le diagnostic posé par le Dr E_____ ne lui paraît pas rendre compte de manière précise et convaincante de la pathologie psychiatrique de l'assuré. Il estime en outre que le status psychiatrique des médecins du SMR est en partie superposable à ses propres observations et qu'au vu de leurs constatations, ces médecins auraient dû poser, dans leur rapport, un diagnostic correspondant à la psychopathologie décrite et ne pouvaient pas se contenter de conclure que l'assuré ne présentait pas de symptomatologie dépressive. L'expert retient, en conclusion, qu'au vu de la sévérité de ses troubles psychiatriques, l'assuré présente une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative depuis 2002, soit depuis que ses troubles visuels sévères ont été diagnostiqués. De plus, un traitement psychiatrique peut, dans le meilleur des cas, soulager un peu sa détresse ou lui permettre d'y faire face de manière plus appropriée, mais n'est pas en mesure d'améliorer son état clinique ou de lui permettre de récupérer une capacité de travail. Il précise enfin que l'assuré ne s'est pas rendu à l'entretien avec M. T_____ chargé de pratiquer un examen neuropsychologique, toutefois, un tel examen n'aurait pas pu apporter d'informations utiles, dans la mesure où il aurait été sans doute impraticable.

E. 29

Dans sa détermination du 17 mai 2010, l'OAI a estimé, qu'il y a lieu de suivre les conclusions convaincantes du Dr J_____ et d'admettre ainsi que le recourant présente une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative depuis 2002. Il produit un avis du 12 mai 2010 du Dr I_____, lequel a indiqué que le rapport d'expertise a été soumis à

un psychiatre consulté par le SMR, qui a considéré que le trouble de conversion était bien documenté. Le Dr I_____ a ainsi conclu qu'il y a lieu de reconnaître à l'assuré une totale incapacité de travail depuis 2002, soit dès le moment où le Dr A_____ avait constaté « une baisse d'acuité visuelle sévère d'origine indéterminée à ce jour ».

E. 30

Par courrier du 21 mai 2010, l'assuré a en substance considéré que les conclusions de l'expert doivent être suivies et a produit un rapport du 28 avril 2010 du Dr A_____ et une ordonnance du même jour établie par ce même médecin.

E. 31

décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

A/888/2008 - 10/14 - 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 malade, 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 298 consid. 4c in fine). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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. 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 sur-expertise 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

A/888/2008 - 11/14 - 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). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). 7. En l'espèce, le Tribunal de céans doit constater que le rapport d'expertise du Dr J_____ présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il se base sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et psychiatrique de l'assuré, sur son dossier, sur ses plaintes ainsi que sur un examen clinique. Bien que l'expert ait indiqué avoir eu du mal à effectuer des examens complets au vu du comportement méfiant, agité et angoissé de l'assuré, il a posé des diagnostics précis et a dûment motivé les conclusions auxquelles il parvient. En effet, il a notamment clairement exposé les symptômes dont souffrait l'assuré et a expliqué de manière convaincante pour quelles raisons les différents diagnostics étaient retenus. Par ailleurs, comme requis par le Tribunal de céans, il s'est prononcé sur le rapport des médecins du SMR ainsi que sur le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, posé en mars 2006 par le médecin psychiatre de l'assuré, le Dr E_____. On comprend également à la lecture du rapport que c'est en raison de la sévérité de ses troubles psychiatriques, et notamment de son trouble de conversion, que l'assuré ne s'est pas présenté à la consultation du Dr T_____ et qu'il n'a pas voulu être examiné par les médecins du Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation en octobre 2007. Enfin, le rapport d'expertise ne recèle pas de contradictions ou de jugements de valeur. Le rapport d'expertise confirme les constatations des Drs F_____, E_____ et A_____ ainsi que celles du Prof. G_____ E, lesquels

A/888/2008 - 12/14 - avaient notamment fait part d'éventuels troubles psychiques et de la nécessité d'une évaluation psychiatrique. Par ailleurs, les médecins du SMR ont retenu, dans leur avis du 12 mai 2010, que le trouble de conversion était bien documenté et que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes, de sorte que l'OAI s'y est rallié. Le recourant a également soutenu que le rapport d'expertise était probant. Par conséquent, il y a lieu de suivre les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr J_____.

lesquelles convainquent le Tribunal de céans. Il doit ainsi être retenu que le recourant présente une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative dès le mois de mars 2002, soit dès la mise en exergue par le Dr A_____ des troubles visuels sévères d'origine indéterminée. Cette totale incapacité de travail dans toute activité lucrative ouvre au recourant le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 LAI). 8. Reste à déterminer à partir de quand le recourant a droit à une rente d'invalidité. 9. Selon l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 2 LAI précise que la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22. Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à la prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. 10. En l'espèce, il est établi que l'assuré présente, dès le mois de mars 2002, une totale incapacité de travail, de sorte que le délai d'un an est parvenu à échéance durant le mois de mars 2003. Son droit à la rente prend ainsi naissance au plus tôt à ce moment-là. En déposant sa demande de prestations le 22 juillet 2003, l'assuré a sauvegardé ses droits et doit dès lors être mis au bénéfice d'une rente entière dès le mois de mars 2003. 11. Le recours doit ainsi être admis.

A/888/2008 - 13/14 - 12. Pour le surplus, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumis à des frais (art. 69 al. 1bis LAI), leur montant est fixé à 1'000 francs. De plus, une indemnité de 1'000 fr. sera accordée au recourant (art. 61 let. g LPGA).

A/888/2008 - 14/14 -

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