

GE_GERICHTE ATAS/908/2009 vom 14. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_908_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/908/2009 du 14 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/908/2009 del 14 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du

E. 6

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut en effet 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 convient 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 du médecin soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Le juge peut en outre accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) 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 (ou à l'administration) 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

A/1868/2009 - 13/17 - présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Dans le cas d'espèce, il apparaît qu'au regard des principes qui viennent d'être rappelés seul le rapport d'expertise établi par les docteurs I_____, J_____, K_____ et L_____ le 14 novembre 2008 remplit les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante. L'expertise conduite par ces praticiens se fonde notamment sur des examens physiques et psychiques étendus, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et sociale détaillée, sur les plaintes exprimées par le recourant et sur une description soignée des interférences médicales. En particulier, il

apparaît que le docteur L _____ a fondé son appréciation en prenant en considération l'ensemble des avis médicaux exprimés jusqu'alors par ses confrères, notamment ceux des autres experts et du docteur G _____, et qu'il a rassemblé des informations anamnestiques nouvelles, pertinentes et convaincantes. Le rapport d'expertise interdisciplinaire offre ainsi une appréciation d'ensemble cohérente et digne de foi. En revanche, les rapports médicaux établis les 29 février et 18 avril 2008, de même que les explications fournies le 20 mai 2009 par le docteur G _____ ne présentent pas les mêmes garanties. En particulier, ce praticien s'est borné à déclarer que l'incapacité de travail de son patient était totale depuis 1996 et que l'état de santé de celui-ci s'était encore aggravé en 2008, sans expliquer à aucun moment en quoi ses constatations devraient avoir de telles conséquences. C'est en effet en vain que l'on chercherait, dans l'appréciation de ce praticien, le résultat de constatations qui déborderaient le cadre étroit d'une brève anamnèse ou du comportement de son patient, dont le dossier médical fournit pourtant de nombreux exemples d'attitudes démonstratives. On peine également à comprendre pourquoi le docteur G _____ semble s'être satisfait, au vu des plaintes constantes du recourant et d'une pathologie qui, à son avis, est totalement invalidante depuis treize ans, d'un suivi thérapeutique pour le moins sommaire et de prescriptions médicamenteuses dont il reconnaît n'avoir même jamais contrôlé le respect. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, faute d'une motivation convaincante, les avis du docteur G _____ doivent se voir accorder une moindre valeur probante. En conséquence, le Tribunal fera siennes les conclusions d'ordre médical établies par les experts en cas de contestation.

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en

A/1868/2009 - 14/17 - moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc 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). Cela étant, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. On ne considère cependant 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). De même, 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). 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

A/1868/2009 - 15/17 - constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatomorphe 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). Il sied encore de rappeler que l'art. 7 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, prévoit notamment que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail. De ce devoir général découle en particulier le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1er let. a LAI précité, selon lequel un assuré n'a pas droit à tout ou partie d'une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail (sur le principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 117 V 275 consid. 2 et les références).

E. 8

En l'espèce, les diagnostics de troubles dégénératifs cervicaux modérés, de rhino-conjonctivite allergique saisonnière, de périarthrite scapulo-humérale, de sinusite chronique, d'hypertension artérielle et de céphalées de tension ne sont pas contestés, pas plus que l'absence de répercussion de ces troubles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir. S'agissant des troubles psychiques, force est de constater que rien n'indique que, depuis le 2 juin 2006, l'état de santé du recourant ait connu une aggravation significative telle que celui-ci serait désormais privé des ressources nécessaires pour vaincre les douleurs dont il se plaint. En particulier, les experts ont constaté, comme leurs confrères quelques années plus tôt et comme les docteurs F_____ et H_____ par la suite, une discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé. Comme évoqué plus haut en effet, il apparaît que le recourant, tout en se plaignant de céphalées chroniques dont l'intensité ne fait que croître jusqu'au paroxysme en fin de journée (la douleur étant alors évaluée à 10/10), n'est demandeur ni d'antalgiques plus puissants que le Dafalgan ou l'Aspégic, qu'il s'administre deux fois par semaine, ni de traitements alternatifs à ceux qu'il prétend avoir vu échouer, psychothérapeutiques ou médicamenteux. L'on relèvera en outre que les examens sanguins conduits par les experts n'ont pas confirmé la prise de tous les médicaments prescrits, loin s'en faut. Dans ces conditions, même à admettre l'existence d'affections corporelles

chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années ou d'un état psychique cristallisé résultant par exemple d'un profit tiré de la maladie, rien n'indique que les traitements préconisés par les différents médecins consultés ont été prodigués conformément aux règles de l'art, et encore moins qu'ils auraient échoué.

A/1868/2009 - 16/17 - On ne doit pas non plus perdre de vue que l'échec des mesures de réadaptation entreprises en 2002 et abandonnées en 2003 n'avait pas été mis sur le compte d'une dégradation de l'état de santé du recourant mais, selon l'explication fournie alors par le docteur A_____, du caractère anxiogène de l'informatique. De même, les mesures d'orientation professionnelle, mises en œuvre en 2005 et dont les résultats sont encore partiellement valables aujourd'hui, n'ont pas été con- crétisées en raison de considérations largement étrangères aux limitations fonctionnelles constatées depuis lors. Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'un changement notable des circonstances susceptibles d'influer sur le degré d'invalidité du recourant entre le mois de juin 2006 et le mois d'avril 2009 ne ressort pas clairement du dossier et qu'il ne pourrait guère être établi par d'autres mesures d'instruction. Pour le surplus, il n'a nullement été établi, au degré de vraisemblance exigé en matière d'assurances sociales, que le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et que sa capacité de gain ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation telles que celles qui lui ont déjà été proposées. Les conditions d'une révision pour l'avenir de la décision du 2 juin 2006 et les conditions de l'art. 28 al. 1er LAI précité ne sont donc pas réalisées. Partant, c'est à bon droit que l'OCAI a, par sa décision du 23 avril 2009, nié le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité. Le recours devra par conséquent être rejeté.

E. 9

Enfin, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause, il n'a pas droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario). Pour le surplus, l'émolument prévu par l'art. 69 al. 1bis LAI, arrêté à 200 fr. sera mis à sa charge.

A/1868/2009 - 17/17 -

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