

GE_GERICHTE A/1331/2014 vom 27. Mai 2004

GE Cour de justice, 2004-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1331_2014

FR: GE_GERICHTE A/1331/2014 du 27 mai 2004

IT: GE_GERICHTE A/1331/2014 del 27 maggio 2004

Erwägungen

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

E. 6

a) 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). Aux termes de l'art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

b) S'agissant du droit à une rente, l'art. 28 al. 1 er LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dispose que 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 40% au moins. 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 ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

c/aa) 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). c/bb) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

E. 7

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). 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). d) 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. cc).

E. 8

a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). b/aa) Lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise s'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). b/bb) Par arrêt du 9 septembre 2003, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que lorsque le rapport d'un médecin doit être considéré comme faisant partie intégrante d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumis un assuré, on ne saurait juger de sa valeur probante en le prenant isolément (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 423/03 du 9 septembre 2003 consid. 4.4). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral avait cependant dénié toute valeur probante au seul volet psychiatrique d'une expertise pluridisciplinaire. Sur quoi, il avait annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle en complète l'instruction en mettant (uniquement) en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique avant de rendre une nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 5.2 et 5.3).

E. 9

En l'espèce, la décision querellée est fondée sur le rapport d'expertise du CEMED du 27 septembre 2013. Il en ressort que l'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), dans un contexte réactionnel à des problèmes biopsychosociaux, évoluant depuis 2006 et ayant vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 est sans répercussion sur la capacité de travail. Il en va de même du trouble somatoforme, type somatisation (F45.0) présent depuis une dizaine d'années, de la spondylarthrose cervicale et lombaire présente depuis 2004 et de l'obésité de classe III. Selon les experts, seul le

diagnostic de gonarthrose bilatérale, prédominant à droite, présent depuis plusieurs années, a une répercussion sur la capacité de travail, qui est complète dans une activité adaptée dès fin 2005. Leur rapport a été établi suite à des examens neurologique, orthopédique, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne générale ainsi que sur la base d'une anamnèse médicale, socioprofessionnelle et familiale, sur le dossier médical et radiologique du recourant et sur ses plaintes. Un monitoring pharmaco-thérapeutique a également été effectué. Si, d'un point de vue physique, les conclusions des somaticiens apparaissent claires, motivées et dépourvues de contradictions, il n'en va pas de même du volet psychiatrique de l'expertise. Certes les diagnostics ont été posés. Toutefois, le rapport de l'experte psychiatre demeure lacunaire, peu motivé, imprécis voire contradictoire. Celle-ci relève que l'épisode dépressif moyen du recourant a évolué depuis 2006 au point d'avoir vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 tout en faisant état, au conditionnel (« il semblerait que [...] ») d'une légère amélioration depuis le mois de mars 2013. La Dresse I_____ indique certes que la psychiatre traitante a diagnostiqué en 2008 un épisode dépressif moyen (F32.10) et des troubles somatoformes (F45.0) sans faire expressément état d'une incapacité de travail (cf. pièce 75 intimé, p. 4 et pièce 128 intimé, p. 32), il n'en reste pas moins que ces affirmations sont partiellement inexactes et reflètent un examen sommaire du dossier : Premièrement, la Dresse C_____ a déjà posé ces diagnostics en 2006. À cette époque, elle situait l'incapacité de travail découlant de ces diagnostics en 2003 (cf. pièce 25 intimé). Deuxièmement, l'experte psychiatre passe sous silence le fait qu'en octobre 2008, la Dresse C_____ disait assister à la péjoration de l'état psychique du recourant, celui-ci verbalisant, déjà à cette époque, « de plus en plus souvent [...] les idées de la mort » (pièce 75 intimé p. 4 et pièce 86 intimé, p. 66). Pour sa part, l'experte ne retient la présence de telles idées qu'à fin décembre 2012, sans donner d'explications sur cet écart de plus de quatre ans. Or, dans la mesure où l'experte considère elle-même que l'état psychique présenté par l'assuré avait vraisemblablement un impact sur sa capacité de travail fin 2012, elle reste trop vague sur un aspect essentiel du dossier. On cherche également en vain une prise de position de celle-ci sur le rapport du Dr E_____ du 3 juin 2008. On relève à cet égard que ce médecin a posé un diagnostic différent de celui de la Dresse C_____ et de l'experte, puisqu'il mentionne un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) tout en écartant un éventuel trouble somatoforme douloureux (cf. pièce 60 intimé, p. 4), à l'instar de la Dresse T_____ (pièce 38 intimé, p. 2). Or, dans sa décision du 24 juillet 2008, l'intimé s'était précisément fondé sur les rapports du Dr E_____, du 3 juin 2008, et de la Dresse Sylvie D_____, du 6 juin 2008 (pièce 60 intimé, p. 1), pour reconnaître une incapacité de travail complète du recourant, même dans une activité adaptée, du 1^{er} janvier 2006 au 31 août 2006. Dans son arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011), la chambre de céans avait déjà constaté que sur le plan psychiatrique, les conclusions médicales étaient diamétralement opposées. D'une part, les Drs E_____ et D_____ avaient considéré que l'épisode dépressif, apparu en janvier 2006, s'était stabilisé trois à quatre mois après l'introduction d'un traitement médicamenteux, soit dès le mois d'août 2006. D'autre part, la Dresse C_____, dans ses rapports du 1^{er} novembre 2008 et du 6 novembre 2009 (pièce 86 intimé, p. 66 et 67) avait constaté une aggravation de l'état psychique du recourant. Force est de constater que les critiques émises par la chambre de céans dans son arrêt du 24 août 2011 demeurent d'actualité. En effet, le rapport de la Dresse I_____ ne fait non seulement pas la lumière sur les divergences évoquées, il soulève des interrogations supplémentaires en faisant état d'une incapacité de travail qui aurait « vraisemblablement » débuté fin 2012, tout en faisant l'impasse sur l'aggravation de l'état

psychique que la Dresse C_____ mentionnait déjà en 2008. Au regard de ces éléments, le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 27 septembre 2013 est dépourvu de valeur probante. Pour le surplus, les autres rapports médicaux se rapportant à l'état psychique du recourant ne sont pas suffisamment motivés et circonstanciés pour permettre à la chambre de céans de statuer sur cet état et son incidence sur la capacité de travail de l'intéressé. En conséquence, une expertise psychiatrique s'avère nécessaire. Au regard de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_104/2014 précité (cf. consid. 8b/bb supra), il ne s'impose pas d'étendre cette expertise judiciaire aux volets somatiques déjà traités dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 septembre 2013.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement :

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, du dossier de la présente procédure et si nécessaire, après avoir requis tous renseignements auprès des médecins ayant examiné l'assuré et avoir effectué tout examen indispensable.
2. Commet à cette fin la doctoresse R_____, médecin adjointe au Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC) des HUG, sous la supervision de la professeure S_____, cheffe de service au SPLIC.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 - a) Anamnèse
 - b) Données subjectives de l'assuré
 - c) Constatations objectives et évolution du status depuis fin septembre 2003
 - d) Diagnostic(s) avec et sans répercussion sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique selon la classification internationale
 - e) Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 - f) En cas de troubles psychiques :
 - aa) Dans l'affirmative, depuis quand l'assuré souffre-t-il de troubles psychiques ?
 - bb) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (degré faible, moyen ou grave) ?
 - cc) Depuis quelle date sont-ils présents chez l'assuré ?
 - dd) Y a-t-il eu une fluctuation dans la gravité des troubles psychiques entre fin septembre 2003 et le mois de mars 2014 ? Si oui, quelle a été leur évolution ?
 - ee) Quel traitement est indiqué ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Dans la négative, quel est le traitement indiqué ?
 - ff) Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - g) Existe-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui :
 - aa) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
 - bb) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - cc) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - dd) L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - ee) Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - ff) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
 - gg) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il surmonte ses douleurs et qu'il réintègre le monde du travail ? En cas de réponse négative, veuillez indiquer les éléments que vous avez retenus pour justifier votre position.
 - h) Compte tenu de votre/vos diagnostic(s), quelle est la capacité de travail de l'assuré, en pourcent ou en heures par jour :
 - aa) dans l'activité habituelle
 - bb) dans une activité adaptée (indiquer quel(s) domaine(s) d'activité(s) compte tenu des limitations

fonctionnelles) h/cc) Depuis quelle(s) date(s) ? h/dd) Outre la capacité de travail retenue ci-dessus, doit-on s'attendre à une diminution de rendement (dans l'activité habituelle, respectivement dans l'activité adaptée) ? si oui, dans quelle mesure (en pourcent ou en heures par jour) ? h/ee) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? h/ff) Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? i) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Veuillez motiver votre réponse. j) Invite l'expert à se prononcer sur les conclusions de l'experte I_____ (rapport du CEMED du 27 septembre 2013). Partagez-vous en particulier son avis, en ce qu'il a trait à la constatation d'un trouble somatoforme, type somatisation (F45.0) depuis une dizaine d'années, coexistant avec un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) dont l'évolution depuis 2006 a « vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 » ? Si oui, l'état de santé de l'assuré s'est-il modifié depuis fin 2012 au point de ne plus constituer une atteinte psychique grave et incapacitante ? En cas de divergence, veuillez motiver votre point de vue. k) Invite l'expert à se prononcer sur l'avis de la Dresse M_____ (rapport SMR du 22 octobre 2013). Partagez-vous l'appréciation de ce médecin, à savoir qu'on ne saurait retenir l'existence d'une atteinte psychique grave et durablement incapacitante compte tenu de l'absence de suivi psychiatrique depuis début 2013, de l'arrêt du traitement antidépresseur en mai 2013 et de la mauvaise observance thérapeutique du traitement par Abilify ? Si non, pour quels motifs ? l) À la différence de l'experte I_____, la Dresse C_____ retient un épisode dépressif moyen (F32.10) ainsi que des troubles somatoformes (F45.0) (cf. notamment ses rapports des 26 octobre 2006 et du 31 octobre 2008). Comment vous déterminez-vous sur cette différence de diagnostic ? m) Partagez-vous l'avis des Drs E_____ et D_____ (rapports SMR des 3 et 6 juin 2008) ? En particulier pour ce qui a trait à l'absence de trouble somatoforme douloureux d'une part, et au diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11), n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de longue durée (incapacité de janvier 2006 à août 2006) d'autre part ? Si non, pour quels motifs ? n) Dans ses rapports des 31 octobre 2008 et du 1^{er} novembre 2008, la Dresse C_____ fait état d'une péjoration de l'état psychique de l'assuré. Si tel est le cas, cette péjoration était-elle grave au point d'être incapacitante ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure (taux d'incapacité), depuis quand et jusqu'à quand ? o) Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.!

5. Réserve le sort des frais et le fond.!

La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le