

## **GE\_GERICHTE A/1413/2002 vom 7. Juli 2004**

GE Cour de justice, 2004-07-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1413\\_2002](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1413_2002)

FR: GE\_GERICHTE A/1413/2002 du 7 juillet 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1413/2002 del 7 luglio 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Conformément à l'art. 3 al.3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au TCAS, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 3**

La LPGA, qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI), n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467 , consid. 1, 121 V 386 , consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 . Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

#### **E. 4**

En outre, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS)).

#### **E. 5**

Le litige porte essentiellement sur le point de savoir si le recourant subit une diminution de sa capacité de gain en raison d'une atteinte à sa santé psychique, dans la mesure où il souffre notamment de rachialgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique et de cervico-brachialgies et de lombalgies chroniques. 5a. L'art. 4 al.1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299 ). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes

physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01). Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 1555, ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine). En ce qui concerne, par ailleurs, 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). On rappellera en dernier lieu que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). On rappellera en outre que les actes médicaux ne doivent pas être complétés au seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils ne soient contestés sur des points précis (ATF 110 V 53 consid. 4a). 5b. En l'espèce, l'OCAI estime qu'un examen psychiatrique dans le cas du recourant n'est pas nécessaire dans la mesure où aucun rapport des médecins traitants n'avait fait état d'un trouble psychique et encore moins qu'une prise en charge spécifique était nécessaire. L'assuré a cependant relevé qu'il était probable que des troubles psychiques soient présents en sus des problèmes physiques, raison pour laquelle l'avis d'un médecin psychiatre apparaissait indispensable. Il sied de constater qu'en effet aucun médecin n'a expliqué la présence de troubles psychiques chez l'assuré, la plupart se contentant de diagnostiquer un syndrome douloureux chronique (ou fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux). Ainsi les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ de la division de rhumatologie de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ont fait état de rachialgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique en relevant la présence de 16 points positifs de fibromyalgie sur 18 (cf. rapport du 9 juin 2000, pièce 5, fourre 3 OCAI). Le docteur M\_\_\_\_\_ a également diagnostiqué un syndrome douloureux (pièce 8, fourre 3 OCAI). Il est vrai que, dans certains cas, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), tout en rappelant que le principe de l'expertise psychiatrique dans le cadre du trouble somatoforme douloureux constituait la règle, n'a pas jugé cette expertise indispensable. Ainsi, dans l'arrêt non publié du 25 août 2003 en la cause I 830/02, il a relevé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique

complémentaire. S'il a effectivement assis sa position sur le fait que ni le médecin traitant ni le docteur appelés à se déterminer n'avaient relevé de problèmes psychiques particuliers, il y a lieu de relever également que, dans le cas précité, une expertise avait été effectuée par un spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et titulaire du certificat AMPP en médecine psychosomatique et psychosociale. Ce praticien avait réalisé une évaluation psychologique précise de l'assurée en décrivant sa situation, ce qui avait permis de se déterminer sur la présence ou l'absence des critères requis par la jurisprudence afin de juger du caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux dont elle souffrait. Force est de reconnaître que ce cas n'est pas comparable au cas d'espèce, dans la mesure où le Tribunal de céans ignore tout de l'état psychologique du recourant, ne disposant en tout et pour tout dans le dossier que d'une courte anamnèse psychosociale de quelques lignes figurant dans le rapport du 27 décembre 1999 des doctresses G \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER (pièce 3, fourre 3 OCAI). Il peut certes se rapporter au rapport d'expertise du docteur E \_\_\_\_\_ du 19 août 1996 (cf. fourre 4), mais ce document datait déjà de quelque six ans au moment de la décision de l'OCAI du 9 octobre 2002 et décrit essentiellement l'état physique du recourant sans en évoquer l'état psychique. Or, plusieurs indices figurant au dossier permettent de douter de l'absence d'une composante psychiatrique de l'affection dont souffre le recourant. En effet, la plupart des praticiens amenés à discuter de son cas ont relevé que les radiographies ne permettaient pas d'expliquer les douleurs ressenties. Ainsi, le docteur E \_\_\_\_\_ tout d'abord a mis en évidence que l'examen clinique ne permettait pas de reconnaître des séquelles objectives. Ensuite, les doctresses G \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ont relevé que le bilan radiologique n'expliquait ni l'intensité ni la répercussion sociale et professionnelle des douleurs, ce que le docteur M \_\_\_\_\_ avait par la suite lui-même souligné. Enfin, le docteur L \_\_\_\_\_, médecin-conseil dans le cadre du COPAI, a expliqué que la capacité de travail de l'assuré resterait probablement théorique car il était peu probable qu'un engagement professionnel se réalise vu le contexte de plaintes itératives de l'assuré (cf. pièce 11, fourre 5 OCAI). Il y a lieu de souligner que cette appréciation intervient dans un contexte positif puisque les responsables du COPAI avaient mis en évidence la bonne volonté du recourant. L'appréciation du médecin est dès lors surprenante et mérite d'être approfondie. Le Tribunal de céans ne s'estime dès lors pas suffisamment renseigné sur le cas d'espèce, raison pour laquelle le recours sera admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. On relèvera pour le surplus que l'OCAI aurait dû, dès la prise de connaissance des documents médicaux et notamment du rapport des docteurs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ du 9 juin 2000, ordonner une expertise multidisciplinaire vu la nature de l'affection dont souffre le recourant.

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