

## **GE\_GERICHTE A/1625/2008 vom 25. Juni 2008**

GE Cour de justice, 2008-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1625\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1625_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/1625/2008 du 25 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE A/1625/2008 del 25 giugno 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.06.2008 A/1625/2008

A/1625/2008 ATAS/752/2008 du 25.06.2008 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 06.08.2008, rendu le 11.09.2008, IRRECEVABLE, 9C\_619/2008 En fait En droit arépublique et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/1625/2008 ATAS/752/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 25 juin 2008 En la cause Monsieur F\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur F\_\_\_\_\_, ressortissant tunisien, est arrivé en Suisse en 1984. Dès 2001, il a travaillé comme portier-bagagiste à plein temps auprès de X\_\_\_\_\_ S.A. Depuis janvier 2004, il a exercé également une activité accessoire en tant qu'employé d'entretien auprès de Y\_\_\_\_\_ S.A., à raison de 10 heures par semaine. En date du 1 er septembre 2004, l'assuré glisse dans les escaliers et chute. Les diagnostics de contusion du genou droit et de la région sacro-lombaire sont posés. Depuis lors, il présente une incapacité de travail totale. Le 20 mai 2005, l'assuré dépose une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), en vue de l'obtention d'une rente. Dans leur rapport du 8 juin 2005, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ expliquent que leur patient souffre, depuis le 1 er septembre 2004, d'une contusion du genou droit et d'une déchirure grade III du ménisque interne du genou droit, ainsi que d'une contusion sacro-lombaire. L'incapacité de travail est totale depuis l'accident. L'assuré se plaint de douleurs sacro-lombaires et au genou droit. A titre de constatations objectives, il font état d'une tuméfaction et d'un œdème au genou droit, ainsi que d'une mobilité douloureuse et limitée. L'assuré a été adressé au Département d'orthopédie des HUG. Une intervention a été proposée, mais l'assuré l'a refusée. Le traitement consiste en anti-inflammatoires, physiothérapie et bains. L'état de santé est stationnaire. Selon ces médecins, aucune activité n'est exigible et aucune capacité fonctionnelle ne subsiste aucune capacité fonctionnelle. Le 25 juillet 2005, l'assuré est examiné par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (SUVA), laquelle a pris en charge les conséquences de l'accident précité. Ce médecin constate qu'aucune lésion traumatique n'est mise en évidence, ni au genou, ni au niveau lombaire. Onze mois après l'accident, la persistance d'une symptomatologie douloureuse, sans lésion objective au niveau vertébral et au niveau du genou droit, ne peut plus être attribuée aux conséquences de l'accident. Le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'assurances de la SUVA, indique dans son rapport du 27 septembre 2005, sur la base des pièces médicales du dossier, que le rachis lombaire de l'assuré est sans particularité, à l'exception d'une ossification en L2-L3. Il rejoint les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, selon lesquelles on ne peut constater chez l'assuré des suites lésionnelles importantes justifiant un traitement ou entraînant une répercussion

sur l'exercice de son activité professionnelle. Par décision sur opposition du 13 octobre 2005, confirmant une décision du 29 juillet 2005, la SUVA met fin à ses prestations dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005. Dans son avis du 23 juin 2006, le Dr P\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après: SMR) considère que les diagnostics retenus n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier peut exercer son activité habituelle ou toute autre activité à plein temps et sans limitations, et ce dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005. L'appréciation du 8 juin 2005 des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, selon lesquels la capacité de travail de l'assuré est nulle dans toute activité, n'est pas convaincante. Par décision du 22 septembre 2006, l'OCAI refuse la demande de prestations. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision, il transmet au Tribunal de céans copie d'un rapport médical, non daté, du Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Selon ce rapport, l'assuré présente un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une obésité (E66), un status post-contusion du genou droit et de la région sacro-lombaire en 2004. A titre de facteurs de stress psychosocial, il fait état d'une difficulté à l'emploi et d'une incapacité à reprendre son travail habituel (Z56). Le Dr Q\_\_\_\_\_ constate l'existence d'un repli sur soi avec retrait social en accentuation ainsi qu'une baisse de l'élan vital et une fatigabilité liée aux douleurs. L'humeur est déprimée en raison des douleurs et de l'impact de ces dernières sur sa situation socioprofessionnelle. Le recourant présente un sentiment d'impuissance, une préoccupation excessive avec des soupirs, d'auto-dévalorisation avec diminution de l'estime de soi. Le seuil de tolérance à la frustration est bas avec beaucoup de plaintes somatiques variables, sans qu'elles soient expliquées physiologiquement. Il reste ouvert à un travail adapté à son état de santé. Il croit à l'origine somatique de ses douleurs et adhère difficilement à l'hypothèse d'une éventuelle origine psychiatrique. La mémoire récente semble perturbée et la concentration est affaiblie. Le cours de la pensée est légèrement ralenti. Il n'y a pas d'idée noire, phobique ou délirante mais une légère tendance à la vérification répétitive de la porte d'entrée de sa chambre. Les atteintes ont réduit la capacité de travail à 0% dans les travaux effectués habituellement. Le Dr Q\_\_\_\_\_ propose une prise en charge psychiatrique, avec une psychothérapie et un traitement médicamenteux. Un travail de réinsertion socioprofessionnelle adapté à l'état de santé du recourant lui semble indispensable. Entendu le 21 mars 2007 en comparution personnelle, le recourant fait essentiellement état de son retrait social et de sa dépression, tout en admettant que les médicaments prescrits par son psychiatre l'ont un petit peu aidé. Par arrêt du 9 mai 2007, le Tribunal de céans annule la décision de l'OCAI du 22 septembre 2006 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise multidisciplinaire effectuée par un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) et nouvelle décision. Les 16 octobre 2007 et 18 janvier 2008, l'assuré est examiné par les Drs R\_\_\_\_\_, rhumatologue, S\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, T\_\_\_\_\_, psychiatre, et U\_\_\_\_\_, pneumologue, au COMAI du Centre d'expertise médicale (CEMed). Les experts ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, ils mentionnent des lombo-sciatalgies S1 droites chroniques non déficitaires, une obésité, une hypertension artérielle (HTA) et un possible syndrome d'apnées du sommeil (SAS). En raison des lombo-sciatalgies, l'expertisé présente des limitations dans des travaux lourds, mais la capacité de travail dans l'ancienne activité reste complète. Sur le plan psychique, mental et social, il ne rencontre aucune limitation. Par conséquent, la capacité de travail est complète, sans diminution de rendement. Dans les conclusions, il est par ailleurs relevé que l'expertisé ne prend pas ses médicaments

antalgiques, ce qui relativise énormément l'anamnèse douloureuse et les limitations alléguées. Il serait par ailleurs souhaitable qu'il perde du poids, l'obésité étant un facteur de péjoration important sur le plan ostéo-articulaire et cardiovasculaire. La preuve d'un SAS n'a pas été faite. Pour cela, un examen polysomnographique devrait être effectué. Toutefois, un tel syndrome ne justifie une incapacité de travail que lors de conditions particulières, soit lorsqu'il est très grave et que la personne travaille dans un poste à risque (chauffeur professionnel, travail sur les échelles, échafaudages, etc.). Sur le plan psychique, l'expert-psychiatre ne constate pas de trouble de l'humeur et le traitement antidépresseur n'est pas pris. L'expert-psychiatre relève en outre des discordances dans le comportement et dans l'anamnèse. Quant aux troubles de mémoire allégués, l'entretien avec l'expertisé ne les a pas fait apparaître. Cette plainte est en outre en contradiction avec le fait que le recourant s'est inscrit à des cours réguliers de français, étudie chez lui et lit le journal. Par ailleurs, alors que le questionnaire d'auto-évaluation montre un assuré dans un statut d'invalide (détresse, précarité, atteinte du fonctionnement), l'anamnèse indique qu'il n'y a pas de réel isolement social, l'expertisé ayant quelque famille et descendant en ville pour boire un café. L'échelle de mesure de la douleur (EVA) à 10/10 dans le cadre de douleurs chronicisées n'est pas non plus crédible, l'assuré ne prenant aucun antalgique, malgré ce qu'il affirme. De surcroît, l'atteinte sur l'humeur devrait être plus importante dans cette hypothèse et le comportement douloureux bien plus manifeste que ce qui a été manifesté.

L'expert-psychiatre estime enfin qu'il n'y a aucune preuve d'un syndrome douloureux actuellement, par contre de nombreux facteurs d'exagération et d'incohérence, ce qui rend ce diagnostic improbable. Le 20 février 2008, l'OCAI fait parvenir à l'assuré un projet de décision de refus de prestations. En réponse, l'assuré lui envoie un certificat médical non daté du Dr L \_\_\_\_\_, selon lequel le patient est en traitement depuis son accident du 1<sup>er</sup> septembre 2004 et se plaint toujours de douleurs, avec difficultés à la mobilité, laquelle est limitée. Par décision du 10 avril 2008, l'OCAI confirme son projet de décision. Par acte déposé le 8 mai 2008, l'assuré recourt contre cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il fait valoir qu'il est toujours malade et présente une incapacité de travail de 100 %. A l'appui de ses dires, il produit le certificat du Dr L \_\_\_\_\_ précité. Dans sa réponse au recours du 5 juin 2008, l'intimée conclut au rejet du recours. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant ouvrent droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa). 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 ; 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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, 105 V 158 consid. 1). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPGa), 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 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). b) 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 surexpertise 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). c) 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. 3b/bb et cc). Après le renvoi de la cause à l'intimé, suite à l'arrêt du Tribunal de céans du 9 mai 2007, l'intimé a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire. Celle-ci remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions des experts sont claires : il n'y a aucune atteinte sur le plan somatique et psychique, justifiant une incapacité de travail dans la profession de nettoyeur. Les experts n'ont pas non plus retenu un trouble somatoforme douloureux persistant. En revanche, il y a beaucoup d'éléments de discordance. Il paraît notamment incompréhensible que le recourant ne prenne pas un traitement antalgique, alors qu'il dit souffrir de douleurs très importantes. Leur avis n'est pas non plus mis en cause par celui d'autres spécialistes en la matière. Au contraire, il rejoint celui des médecins de la SUVA et même celui du médecin traitant, le Dr L\_\_\_\_\_, lequel a admis, lors d'un entretien téléphonique du 10 février 2007 avec le Dr Q\_\_\_\_\_, que la symptomatologie douloureuse ne peut pas être expliquée sur le plan somatique. Ainsi, l'incapacité de travail du recourant pourrait uniquement trouver sa source dans des atteintes psychiatriques. Le seul avis contraire émane ainsi du Dr Q\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux et d'un état dépressif moyen. Cependant, il ne suit pas une psychothérapie et ne prend pas non plus un traitement antidépresseur. Il ne paraît ainsi pas crédible que le recourant présente une grande souffrance sur le plan psychique. Dans le cadre de l'expertise du COMAI, il a par ailleurs concédé que ce ne sont pas des troubles dépressifs qui l'empêchent de travailler, mais uniquement les douleurs. Enfin, le seul avis du médecin traitant n'est pas propre à mettre en doute les conclusions d'un expert judiciaire, les médecins traitants ayant tendance à une trop grande empathie, en raison de leur proximité avec le patient. En tout état de cause, même s'il y avait lieu de retenir un trouble somatoforme douloureux, il appert que les critères jurisprudentiels pour reconnaître le caractère invalidant d'une telle affection ne seraient pas remplis, en l'absence d'une comorbidité psychique d'une certaine importance et l'omission de prendre la médication prescrite pour le soulagement des douleurs et la symptomatologie dépressive. A cet égard, 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. 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 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 consid. 2.2.3). A cela s'ajoute que si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme en l'espèce, 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). Cela étant, il y a lieu de constater qu'aucune atteinte à la santé, avec répercussion sur la capacité de travail, ne peut être reconnue au recourant. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assuré étant assisté par l'Hospice général, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument de justice. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le**

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