

GE_GERICHTE A/1739/2016 vom 26. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1739_2016

FR: GE_GERICHTE A/1739/2016 du 26 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/1739/2016 del 26 maggio 2017

Erwägungen

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif

des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 9. En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). 10. L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 consid. 3.2). Si pour des raisons étrangères à l'invalidité, qui peuvent être liées à l'absence de formation scolaire ou professionnelles, aux connaissances linguistiques ou au statut de l'assuré, celui-ci a touché un revenu clairement inférieur à la moyenne, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité selon l'art. 16 LPGA s'il est établi que l'assuré n'entendait pas s'en contenter. Ce parallélisme des revenus se fera soit en tenant compte d'un revenu sans invalidité plus élevé que le revenu effectivement touché, soit en le fondant sur des valeurs statistiques, soit en diminuant la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid.

3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 11. En l'espèce, il convient en premier lieu de se pencher sur les expertises figurant au dossier. >[endif]>[if> Du point de vue somatique, les expertises des Drs Q_____, R_____ et S_____ sont en tous points conformes aux exigences émises par le Tribunal fédéral. Ces médecins ont en effet pris connaissance du dossier médical du recourant, qu'ils ont interrogé sur ses plaintes et son historique médical. Leurs diagnostics et leurs conclusions sont clairs et motivés et ont été posés après des examens cliniques complets. Partant, l'expertise de la CRR s'agissant du volet physique doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convient de suivre ses conclusions, selon lesquelles le recourant subit une diminution de rendement de 20% imputable au syndrome d'apnées du sommeil depuis novembre 2014 dans l'activité habituelle de nettoyage. Aucun élément médical au dossier ne justifie que l'on s'écarte desdites conclusions. En effet, le Dr J_____, médecin traitant du recourant, a à plusieurs reprises signalé la difficulté à se prononcer sur la capacité de travail de ce dernier, ce qu'il a répété dans son rapport du 15 septembre 2016, en précisant qu'un travail adapté dans l'ancienne activité du recourant était envisageable. Les neurologues des HUG ne se sont quant à eux pas déterminés sur la capacité de travail du recourant dans leurs rapports du 22 décembre 2013 et du 1^{er} avril 2014. Le Dr O_____ a certes indiqué dans son rapport de janvier 2015 que l'activité exercée n'était plus exigible du recourant. Cette conclusion n'est cependant guère motivée et ce médecin a du reste qualifié l'atteinte de minime à modérée et renvoyé l'OAI au médecin traitant du recourant pour détermination de la capacité de travail. Quant au Dr Z_____, dans son rapport du 19 septembre 2016, il n'a pas non plus motivé de manière suffisante sa conclusion selon laquelle le recourant ne pouvait reprendre une activité lucrative avant son rétablissement. En revanche, s'agissant du volet psychique de l'expertise réalisée à la CRR, force est de constater que le Dr T_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail en se fondant sur les critères jurisprudentiels applicables désormais en vertu de l'arrêt 141 V 281 du 3 juin 2015. Bien que les nouveaux critères en matière de troubles somatoformes douloureux soient en principe applicables à toutes les causes pendantes, ce changement de jurisprudence ne justifie cependant pas en soi de nier toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme

douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré 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 psycho-social intact (arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.1-3.2 et les références). En l'espèce, précisément, tous les experts ont relevé une très importante dramatisation de ses symptômes par le recourant. Ce dernier a en outre manifesté une grande inconstance dans la description des handicaps majeurs dont il s'est plaint aux différents médecins de la CRR. La neuropsychologue a elle aussi mis en avant le caractère inexplicable des résultats obtenus aux épreuves subies, scores qu'elle a qualifiés d'incohérents. Partant, cette exagération manifeste des troubles suffit à nier le droit à des prestations d'assurance dans le cas d'espèce, sans qu'il soit besoin de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique conforme aux critères jurisprudentiels récemment modifiés. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise. Les griefs du recourant à cet égard doivent être écartés. 12. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, en revanche, un problème se pose. L'intimé a considéré dans la décision litigieuse que le degré d'invalidité était de 20%, l'incapacité de gain se confondant avec l'incapacité de travail. Ce faisant, il a omis de tenir compte du fait que l'activité de nettoyage du recourant est celle qu'il a exercée après la survenance de la première atteinte à sa santé, laquelle avait conduit la Commission de recours à lui reconnaître un degré d'invalidité de 25.67% en 2002. Il s'agit ainsi d'un revenu d'invalidé obtenu après réadaptation. Dès lors, l'intimé aurait dû examiner si le recourant subissait encore une invalidité dans son activité de nettoyeur. Dans l'affirmative, le calcul d'invalidité devra s'effectuer en comparant le revenu d'invalidé à celui que le recourant réalisait en qualité de chapeur. En effet, dans un cas similaire, notre Haute-Cour a retenu, dans le cadre d'une révision du droit à la rente consécutive à une aggravation, que le revenu sans invalidité est celui réalisé avant la survenance de la première atteinte à la santé ayant fait l'objet de la décision initiale d'octroi de rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5). Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé sur ce point. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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