

GE_GERICHTE A/2332/2015 vom 24. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2332_2015

FR: GE_GERICHTE A/2332/2015 du 24 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/2332/2015 del 24 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

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. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011,

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 , op. cit., consid. 4.3.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 , op. cit., 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, les 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 (inévitable) 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). 17. 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).>![endif]>![if> 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une

expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 18. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 8). Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2014, op. cit., consid. 8). 19. En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2013. Il s'est en effet fondé sur l'avis du SMR du 8 juillet 2014, selon lequel il y avait aggravation de l'état de santé depuis le 4 décembre 2012

en raison du trouble dépressif récurrent sévère, étant rappelé que ce trouble dépressif était auparavant moyen et ne constituait pas une comorbidité grave selon son avis du 15 mai 2013. L'OAI a également considéré, sur la base du rapport d'expertise du 28 avril 2014, que les critères jurisprudentiels permettant de considérer qu'un trouble somatoforme douloureux est invalidant n'étaient présents que depuis décembre 2012, date à laquelle le trouble dépressif sévère est constaté. 20. L'assurée a toutefois recouru, concluant à ce que le droit à la rente entière lui soit accordé dès le 1^{er} octobre 2010. 21. Il s'agit ainsi de déterminer quelle est sa capacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2009 déjà (art. 28 et 29 LAI). S'agissant du droit à une rente en effet, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b). Il y a lieu d'examiner pour ce faire les rapports médicaux et expertises à disposition. Les Dr B_____ (19 février 2010), C_____ (15 mars 2010 et E_____ (13 avril 2010) font état d'une incapacité de travail entière, quelle que soit l'activité envisagée, depuis octobre 2009, date à laquelle l'assurée a présenté une récurrence de thrombose. Dans son expertise du 23 novembre 2011, le CEMED a indiqué que l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique était resté inchangé depuis le rapport du Dr B_____ du 19 février 2010, et confirmé ainsi l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 2009. Seul le Dr E_____, dans un rapport du 6 mai 2010, considère que l'incapacité de travail est entière dans l'activité habituelle, mais qu'elle est nulle dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever - que le Dr C_____ évoque, le 4 octobre 2010, une aggravation de l'état dépressif, - que l'assurée séjourne à la clinique de Montana en octobre 2010 pour un épisode dépressif moyen récurrent et des troubles paniques, - que selon la Dresse H_____, le 20 février 2012, le trouble dépressif varie de moyen à sévère suivant les périodes, - que les experts du CEMED ont retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et ont fixé le taux d'incapacité de travail à 100% depuis le 24 octobre 2009, - que le Dr K_____ a, dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2012, qualifié le trouble dépressif récurrent dont souffre l'assurée de moyen, actuellement en rémission partielle, mais encore porteur de limitations fonctionnelles (troubles de la concentration légers et ralentissement psychomoteur moyen) plus importantes du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011 et du 1^{er} avril au 30 septembre 2012. À noter que selon le Dr K_____, « au cas où un diagnostic de trouble somatoforme douloureux serait pris en considération, les facteurs de gravité jurisprudentiels sont remplis pour 2010 et 2011, car l'assurée a présenté des épisodes dépressifs récurrents sévères, mais pas pour 2012, lorsqu'un épisode dépressif récurrent moyen a été retenu ». Il a ajouté que « À ce propos, nous ne partageons pas l'appréciation clinique du CEMED en 2011, lorsqu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen a été retenu. Tenant compte de l'existence d'une anhédonie à l'époque, qui ne serait plus présente actuellement selon l'anamnèse, nous pouvons retenir des épisodes dépressifs sévères en 2010 et 2011, qui sont devenus moyens en 2012 ». Enfin, un rapport d'expertise a été rendu le 28 avril 2014 par les Drs F_____, M_____ et B_____, lesquels confirment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Ils retiennent également un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, « hormis les problèmes concernant le domaine de l'angiologie ». Ils concluent à

une incapacité de travail entière pour toute activité depuis octobre 2009. 22. Il résulte de ce qui précède que l'assurée présente, de l'avis des médecins et experts, une incapacité de travail de 100% dès octobre 2009 s'agissant de son atteinte somatique (thrombose). Un trouble dépressif récurrent, moyen ou grave suivant les périodes, vient s'y ajouter. Il est vrai que dans son avis du 8 juillet 2014, le médecin du SMR considère que le syndrome post-thrombotique dont souffre l'assurée n'entraîne habituellement pas d'incapacité de travail durable chez la plupart des personnes. La chambre de céans relève toutefois qu'il se borne à énoncer une généralité et que cette généralité n'apparaît précisément pas s'appliquer à l'assurée, aux dires de tous les autres médecins et experts. 23. La chambre de céans considère dès lors qu'il convient de retenir une incapacité de travail entière due à l'atteinte somatique depuis octobre 2009 et que, partant, la question du trouble somatoforme douloureux invalidant ou non peut en l'état être laissée ouverte. Quoi qu'il en soit, les médecins relèvent que l'assurée se plaint de douleurs persistantes depuis au moins deux ans, mais avec un substrat organique objectivable, ce qui vient à contredire l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Aussi le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est-il retenu que pour certaines plaintes douloureuses, soit celles qui n'ont pas de lien avec le domaine de l'angiologie. Il n'est pas non plus utile, dans ces conditions, de déterminer si le trouble dépressif récurrent ne peut être qualifié de grave que dès le 4 décembre 2012. À cet égard, le médecin du SMR a rappelé que l'assurée souffrait d'une comorbidité psychiatrique grave sous la forme d'un trouble dépressif récurrent sévère, laquelle n'était toutefois pas incapacitante depuis le 4 juin 2008. Or, il n'est pas question de remonter jusqu'à cette date. 24. Force est ainsi de conclure des rapports tant des médecins que des experts que le début de l'incapacité entière de travail date d'octobre 2009. Par conséquent, la survenance de l'invalidité doit être fixée à octobre 2010, soit à l'issue du délai de carence d'un an. 25. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa. 26. En l'espèce, l'assurée a déposé sa nouvelle demande le 22 février 2010. Le droit à la rente prend en conséquence naissance en octobre 2010. 27. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et l'assurée mise au bénéfice d'une rente entière depuis octobre 2010. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :