

GE_GERICHTE A/2679/2007 vom 22. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2679_2007

FR: GE_GERICHTE A/2679/2007 du 22 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE A/2679/2007 del 22 gennaio 2008

Erwägungen

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 5 juin 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000-2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

E. 3

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

E. 4

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de l'assuré et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 5

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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).

E. 6

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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La mesure de ce qui est exigible doit toutefois être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que lui offre le marché du travail équilibré, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant ici est 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 déterminant 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 gain ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 105 = RCC 1989 p. 284 consid. 1a et 1987 p. 469 consid. 2a avec références ; RCC 1992 p. 182). Selon la jurisprudence, ces principes sont valables pour les psychopathies (ATFA 1963, p. 36, 1961 p. 164 ; RCC 1980, p. 555 consid. 1), les altérations du développement psychique (ATFA 1961 p. 326 consid. 3), l'alcoolisme (ATFA 1968 p. 278 consid. 3a), l'abus de médicaments dû à la pharmacodépendance (RCC 1964 p. 157 consid. 3 et 4, 1962 p. 34 ; RCC 1981 p. 39 consid. 2 et p. 124 s., 1977 p. 169).

E. 7

Le diagnostic de toxicomanie ou de dépendance à la drogue ne permet pas à lui seul de conclure que la personne assurée ne pourrait plus s'abstenir de drogue ; de même, la dépendance à la drogue est tout aussi peu liée de manière automatique à une diminution de la capacité de travail ou de gain. Dans ces conditions, selon la jurisprudence constante, la toxicomanie est constitutive d'invalidité seulement si les facteurs mentionnés à l'art. 4 al. 1 LAI sont réalisés et représente simplement une concrétisation de la notion d'invalidité. Il s'agit donc d'une jurisprudence non pas qui restreint les conditions générales de l'invalidité mais qui les explicite (SVR 2001 n° 3 p. 7 cons. 4b ; VSI 2002 p. 33). En conséquence, la toxico-dépendance joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

E. 8

En l'espèce, le Dr O _____ R a expliqué qu'à partir de la séparation d'avec sa deuxième épouse et de son retour en Suisse, l'assuré avait souffert d'un état de tension nerveuse avec l'apparition de douleurs rachidiennes cervico-dorso-lombaires, de troubles sensitifs distaux des deux membres inférieurs, de perte d'équilibre et de sorte de spasmes douloureux sous forme de mouvements brusques/sursauts intéressant la nuque, le tronc et les quatre extrémités, de troubles du sommeil et avait parallèlement développé une dépendance essentiellement vespérale aux benzodiazépines. Le Dr M _____ a indiqué qu'il ne s'agissait pas dans le cas de son patient d'addiction au sens habituel d'appétence du produit, puisque la consommation de benzodiazépines avait pour but de contrôler les spasmes et

contractures douloureuses, manifestations de la polyneuropathie sensitive dont il est atteint et survenant le soir. Le Dr M_____ a précisé que les troubles dont souffrait son patient étaient sans substrat organique. Le Dr O_____ a également constaté qu'ils étaient sans explication neurologique. L'assuré reproche à cet égard à l'OCAI de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier. Peu importe toutefois de savoir quelle est l'origine de ces troubles. Il suffit de déterminer s'ils ont valeur de maladie de nature à réduire la capacité de gain et s'ils ont provoqué la dépendance aux benzodiazépines. Or force est d'emblée de constater qu'ils ne réduisent pas, en tant que tels, de façon significative, la capacité de gain. Il appert en effet de l'électroneuromyographie du 2 décembre 2002 que la polyneuropathie constitue en l'espèce une atteinte modérée et que selon le Dr O_____, elle n'a aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré. Reste à déterminer si la dépendance aux benzodiazépines a entraîné une atteinte à la santé physique ou mentale, provoquant une diminution de la capacité de gain. L'assuré souffre de troubles du sommeil (difficultés importantes à l'endormissement), de troubles de la mémoire, d'intolérance au stress, de déficit de l'organisation de nouvelles informations, lesquels impliquent une baisse de rendement de 30%, selon le Dr O_____. Lors de son audition, le Dr M_____ a déclaré être d'accord avec ce taux pour autant qu'il ne concerne que le problème neuropsychologique. Il y a ainsi lieu de conclure que l'assuré présente une incapacité de travail de 30% en raison d'atteintes à la santé provoquées par la toxico-dépendance. Celle-ci devrait donc être considérée comme une affection à prendre en charge par l'AI, d'autant plus que toutes les tentatives de sevrage entreprises se sont soldées par des échecs, ce malgré la bonne volonté de l'assuré relevée par les médecins, d'une part, et qu'il ne s'agit pas véritablement d'une addiction, ainsi que l'a expliqué, de façon convaincante le Dr M_____. Le taux de 30% ne justifie cependant pas l'octroi d'une rente, mais il ouvre le droit à des mesures de réadaptation.

E. 10

Les médecins, dont le Dr N_____, ont posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr N_____ a considéré que cette atteinte n'était pas invalidante au sens de la LAI. Il s'agit-là cependant d'une question de droit qu'il appartient au Tribunal de céans de trancher.

E. 11

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, 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. 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. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état

actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, 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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

E. 12

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, et la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). En ce qui concerne 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 déclarations 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). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

E. 13

. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas pour justifier l'octroi de prestations AI. La jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. L'assuré souffre d'épisodes dépressifs et de dysthymie. C'est le lieu de préciser, s'agissant des troubles dépressifs, que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

E. 14

. Il convient dès lors de conclure à l'absence de comorbidité psychiatrique grave et d'examiner si les autres critères dégagés par la jurisprudence du TFA, susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle, sont ou non réalisés. Dans un tel cas en effet, l'incapacité de travail résultant de troubles psychiques s'évalue à la lumière de ces critères et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter. En l'occurrence, l'assuré se plaint certes de douleurs rachidiennes cervico-dorso-lombaires notamment depuis 2000. On ne peut toutefois considérer qu'il subit une perte d'intégration sociale. Le Dr N_____ a à cet égard relevé que l'assuré avait gardé des contacts avec sa famille et des amis. De même l'état psychique ne peut-il être considéré comme cristallisé.

E. 15

Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que les troubles psychiques de l'assuré ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Il y a ainsi lieu de considérer, pour résumer, que l'assuré présente une incapacité de travail de 30%. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI afin que celui-ci examine quelles mesures de réadaptation peuvent être, le cas échéant, mises en place.

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