

GE_GERICHTE A/3757/2016 vom 27. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3757_2016

FR: GE_GERICHTE A/3757/2016 du 27 août 2018

IT: GE_GERICHTE A/3757/2016 del 27 agosto 2018

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. 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 (ATF 141 V 281 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 (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, 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). 8. Selon le Tribunal fédéral, le changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de nier toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1). 9. 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 LPG), 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 10. 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). 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). 11. En l'espèce, l'intimé a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise de la PMU, à teneur duquel le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité exercée en position assise, lui permettant de se lever et d'éviter les marches prolongées, ainsi que les contacts visuels avec le public. 12. Pour sa part, le recourant s'estime incapable d'exercer toute activité professionnelle. En substance, il reproche aux experts, d'une part, d'avoir retenu le diagnostic de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » (N50.8) plutôt que celui de « syndrome douloureux chronique avec facteurs somatique et psychique » (F.45.41), d'autre part, d'avoir omis de prendre en considération diverses limitations psychiques induites par ses douleurs, telles qu'énumérées par son médecin traitant dans un rapport de juin 2016

(fatigabilité, irritabilité, retrait social, diminution des capacités de concentration, de résistance au stress et d'adaptation). Il demande à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise. 11. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.!

a. La Cour de céans constate que les conclusions de l'expertise réalisée par la PMU en 2016 entrent partiellement en contradiction avec sa motivation, dans la mesure où les experts y ont considéré que l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée tout en soulignant dans leur appréciation, notamment : - que « l'entretien et l'anamnèse permett[ai]ent avec un degré de vraisemblance élevé d'écarter une simulation ou une exagération chez un homme qui [avait] enduré ces cinq dernières années aussi bien la honte liée à l'emplacement des douleurs que les traitements proposés auxquels il s'[était] soumis et qui, pour certains, [avaient] pu être pénibles » (p.15) ; - que « le syndrome douloureux a[vait] un impact sur la capacité de travail, sur l'insertion sociale et sur le climat relationnel avec les proches » (p.15) ; - que « la compliance aux traitements invasifs qui [avaient] été proposés par le centre antidouleur [allait] également dans le sens d'un authentique vécu douloureux que l'absence d'étiologie objectivable ne [pouvait] totalement exclure » (p. 17) ; - que « malgré l'absence d'étiologie somatique retrouvée, le syndrome douloureux chronique, non expliqué par une pathologie psychiatrique associée, [était] (...) à l'origine d'un retentissement fonctionnel important chez un expertisé semblant présenter peu de ressources pour le surmonter » (p.17). Par ailleurs, force est d'admettre que l'expertise de la PMU ne permet pas d'apprécier la capacité de travail conformément aux indicateurs déterminants prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux atteintes sans étiologie claire (ATF 141 V 281), qu'il convient d'appliquer au cas d'espèce à défaut de substrat organique permettant d'expliquer les plaintes de l'assuré. On cherche notamment en vain dans cette expertise une évaluation motivée des ressources personnelles de l'assuré, ainsi que la détermination des experts sur une éventuelle limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1 de l'arrêt cité). On regrette également que les experts ne se soient pas livrés à une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'opération chirurgicale de 2011 (ibidem), ni n'aient fourni la moindre indication quant au complexe de personnalité de l'assuré (diagnostic, développement et structure de la personnalité, fonctions complexes du moi, cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, on constate que le diagnostic posé par les experts de « syndrome douloureux chronique de la région inguino-scrotale » ne figure pas sous cette dénomination dans la Classification internationale des maladies éditée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, 10^{ème} révision). En effet, le code N50.8 auquel ils se réfèrent correspond aux « autres affections précisées des organes génitaux de l'homme ». Aussi doit-on admettre que l'expertise de la PMU ne revêt qu'une valeur probante limitée. b. Bien qu'elle ne soit pas totalement exempte de renseignement à ce propos, l'expertise réalisée par le Dr C_____ en 2012 ne contient pas non plus une évaluation complète et détaillée des ressources de l'assuré au regard d'une éventuelle limitation des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, étant rappelé que l'analyse devrait comprendre, dans la mesure du possible, une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé. Cette expertise est également peu diserte s'agissant du complexe de personnalité de l'assuré, alors que la nouvelle jurisprudence a renforcé les exigences de motivation sur ce point (cf. consid. 4.3.2 de l'arrêt cité). Enfin, l'expert C_____ a laissé ouverte la question du diagnostic, en mentionnant deux hypothèses, soit celles d'un trouble somatoforme

douloureux persistant ou de « facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs », que des investigations supplémentaires sur l'étiologie des douleurs étaient censées permettre de départager. Toutefois, l'expertise subséquente de la PMU, bien que confirmant l'absence de substrat organique, ne permet pas véritablement de clarifier la question puisqu'aucun de ces diagnostics n'y est retenu. Au vu de ce qui précède, des investigations médicales supplémentaires demeurent nécessaires afin que la chambre de céans puisse statuer sur la capacité de travail et le degré d'invalidité, partant sur le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité. 12. 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. 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 ; 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). 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).!

13. En l'espèce, dans la mesure où deux expertises figurent déjà dans le dossier de l'administration, mais que des doutes subsistent sur leur valeur probante, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire en médecine interne, urologie, neurologie et psychiatrie, laquelle sera confiée au Bureau d'expertises médicales de Vevey (BEM).!

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise judiciaire en médecine interne, urologie, neurologie et psychiatrie.!

2. Commet à ces fins les docteurs J_____, psychiatre, J_____, rhumatologue, K_____, neurologue, et L_____, urologue. !

3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :!

a) prendre connaissance du dossier de la cause; !

b) si nécessaire, prendre tout renseignement auprès des médecins ayant traité l'assuré; !

c) examiner et entendre l'assuré - voire son épouse et ses proches, si vous l'estimez utile -, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;!

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.!

4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :!

1. Anamnèse détaillée.!

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.!

3. Status clinique et constatations objectives.!

4. Diagnostics selon la classification internationale.!

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse). Veuillez indiquer s'il existe des diagnostics par défaut, dans l'hypothèse où les critères de classification ne permettent pas clairement de retenir un diagnostic particulier. Qu'en est-il en particulier du diagnostic F.45.41 ? 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? Quelle a été l'évolution des diverses atteintes et quelle est

l'évolution habituelle en pareil cas ? 6. Les plaintes sont-elles objectivées ? Les processus de « sensibilisation centrale » de la douleur et les douleurs « neurogènes » suspectés par la Consultation de la douleur des HUG peuvent-ils être objectivés et si oui, par quels moyens ? Des défauts enzymatiques sont-ils responsables de l'absence de réponse ou de l'intolérance de l'assuré à certains traitements ? 7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? Dans quelle mesure la douleur en elle-même influe-t-elle sur les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? 8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 9. Dans l'affirmative, la majoration peut-elle être elle-même le symptôme d'une atteinte diagnostiquée ou d'une comorbidité ? 10. Considérez-vous que la majoration des symptômes suffit à exclure une atteinte à la santé significative ? 11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? Veuillez également mentionner les traitements « hétérodoxes » tentés par l'assuré (cure thermale ou médecines parallèles). 12. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 13. Indiquer si d'autres traitements que ceux en cours sont envisageables et le cas échéant, quelle serait leur influence sur la capacité de travail. 14. Quelles sont les probabilités de succès des éventuelles options thérapeutiques et quels sont les risques et/ou effets secondaires ? Combien de temps dureraient les mesures proposées ? 15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? Veuillez comparer avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. a) dans l'activité habituelle (cf. descriptif du poste de travail remis par l'employeur), b) dans une activité adaptée. 16. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant décrire son évolution et indiquer comment son taux a évolué. 18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée. Le cas échéant, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel domaine d'activité vous paraît adapté. 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 20. Discuter les avis des experts s'étant déjà prononcés, des médecins de l'assuré et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 21. Formuler un pronostic global. 22. Toute remarque ou proposition utile des experts. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert-psychiatre de répondre également aux questions suivantes : a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et

formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Veuillez motiver. d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? Veuillez motiver. e) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? h) Veuillez expliquer pourquoi vous confirmez ou écarter les limitations psychiques énumérées par le Dr B _____, soit : - fatigabilité!>[if> - irritabilité!>[if> - retrait social!>[if> - diminution des facultés d'adaptation!>[if> - diminution des capacités de concentration et de résistance au stress.!>[if> i) L'état psychique de l'assuré s'est-il aggravé ? Si oui, quand, dans quelle mesure et de quelle façon ? 6. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité résiduelle de travail.!>[if> 7. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.!>[if> 8. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.!>[if> 9. Réserve le fond.!>[if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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