

GE_GERICHTE ATAS/107/2011 vom 2. Februar 2011

GE Cour de justice, 2011-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_107_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/107/2011 du 2 février 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/107/2011 del 2 febbraio 2011

Erwägungen

E. 14

Par avis médical du 19 mars 2009, la Dresse G _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR), a indiqué que l'instruction du dossier devait se poursuivre auprès des Drs C _____ et B _____, ainsi qu'auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, le but étant de déterminer la capacité de travail et l'exigibilité dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée.

E. 15

Le Dr. B _____ a dans ce contexte indiqué à l'OAI n'avoir plus revu l'assurée depuis 2007, de sorte qu'il n'avait pas d'autres rapports à transmettre que celui déjà communiqué en 2008.

E. 16

La Dresse H _____, médecin adjointe au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a pour sa part remis le rapport établi le 7 mars 2008, déjà en mains de l'OAI.

E. 17

Enfin, Le Dr C _____ a rendu un deuxième rapport le 8 mars 2008. Il mentionne la persistance des cervicalgies et céphalées post-traumatiques invalidantes avec insomnies secondaires et céphalées. Les douleurs étaient restées résistantes aux traitements entrepris, alors que le maximum avait été fait avec cette patiente collaborante et volontaire. Il en résultait une incapacité totale de travailler quelle que soit l'activité exercée.

E. 18

Par avis du 15 mai 2009, le Dr I _____, médecin SMR, a préconisé un examen rhumatologique dans le but d'évaluer l'importance de la pathologie et sa répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Cet examen a eu lieu auprès du SMR le 2 juin 2009 et a été conduit par le Dr J _____, médecin interne- rhumatologue et, en tant que médecin examinateur, par la Dresse K _____, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie. Le rapport, rendu le 8 juillet 2009, comprend une anamnèse, un status clinique, des diagnostics et une appréciation du cas. Il y est rappelé que l'assurée a été victime d'un accident de la circulation en septembre 2006, avec mécanisme de type whiplash, à la suite duquel elle a suivi plusieurs traitements (séances de

A/732/2010 - 7/20 - physiothérapie, encore actuellement, infiltrations locales, injections de Botox, dénervation des racines, médicaments antidouleur). Ces traitements s'étaient tous soldés par un échec. Aujourd'hui, l'assurée se plaignait encore de cervicalgies permanentes irradiant le bras droit et toute la tête, de nausées, de vertiges permanents (parfois avec

chutes) et de céphalées de façon quasi-permanentes. Son sommeil était en outre perturbé en raison de la douleur. L'intensité de la douleur variait de 10/10 quand elle est très fatiguée et à 7,5 /10 en temps normal. Au quotidien, elle était entravée dans les activités suivantes: pour se laver les cheveux, pour se rendre chez le coiffeur, pour aller au restaurant, pour éternuer, pour conduire (pas au-delà de 15 minutes), pour marcher (pas au-delà de 20 minutes). Ses journées étaient rythmées par les sorties de son chien (matin et après-midi), des petites courses le matin, parfois des rencontres d'amies au café. S'agissant des tâches ménagères, le nettoyage était confié à une connaissance; son mari l'aidait pour le ménage (lessive, repassage, aspirateur) et se chargeait du repas du soir. Sur le plan clinique, les médecins ont relevé que l'assurée s'était tenue calmement assise durant l'entretien, s'était levée d'un mouvement rapide, se déplaçait sans boiterie, s'était déshabillée en position assise et rhabillée rapidement. La musculature cervico-scapulaire était tendue, les trapèzes douloureux à leur origine, à l'instar - à la palpation - de toutes les masses latérales et apophyses épineuses cervicales. Même si elle s'était améliorée depuis novembre 2007, la mobilité cervicale restait limitée et douloureuse dans toutes les directions. En revanche, la musculature para-vertébrale dorso-lombaire était indolore à la palpation. Enfin, on notait une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs. Il n'y avait pas de signe objectif pour une lésion de la coiffe des rotateurs ou une atteinte dégénérative, respectivement inflammatoire. Il n'y avait pas non plus de signe clinique d'un déficit sensitivo-radiculaire. Le dossier radiologique - qui n'était pas à disposition - décrivait toutefois deux hernies discales postéro-médianes modérément sténosante dans le contexte de discopathie C5-C6 et c6-C7 déjà constatées en septembre 2006. Sur cette base, le Dr J _____ et la Dresse K _____ ont retenu - au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail - un syndrome cervical dans le contexte d'un status post traumatique cervical de type whiplash, des lésions dégénératives, notamment C5 à C7 et des dysbalances musculaires (M5.30). Ils ont précisé que les cervicalgies irradiaient dans l'épaule droite. Ces douleurs étaient accompagnées de différents troubles fonctionnels (céphalées, vertiges, nausées et troubles du sommeil). L'atteinte dégénérative de la colonne cervicale et les limitations fonctionnelles en découlant ne pouvaient expliquer l'intensité et l'importance des plaintes alléguées. Il fallait donc retenir une majoration des plaintes vu la discordance entre les handicaps et les données cliniques objectives.

A/732/2010 - 8/20 - S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont mentionné les positions statiques prolongées (assise, debout, en rotation-flexion-extension de la nuque), le port de charges supérieur à 5kg, le travail à la chaîne ou sur machine vibrante et le bruit. Compte tenu de l'atteinte dégénérative objectivée au niveau cervical et des troubles du sommeil commandant une large pause à midi, ils ont admis une incapacité de travail de 20% au moins depuis le 29 juin 2007 et, au jour de l'examen, une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité professionnelle, avec une reprise graduelle à 70%. Concernant la capacité de travail exigible, ils ont admis un taux de 70% dans son ancienne activité et dans toute autre activité adaptée.

E. 20

Par courrier du 9 septembre 2009, l'assuré a formé opposition contre ce projet de décision. Elle a contesté pouvoir exercer une activité professionnelle à 70%, à fortiori celle de garde d'enfant: elle s'est prévaluée à cet égard des rapports médicaux de ses médecins-traitant. Elle a précisé qu'elle avait de la peine à lire et écrire, ne pouvait plus faire de l'ordinateur, ni aller au cinéma, il lui était très difficile de se laver les cheveux, elle ne pouvait plus faire son

ménage, ni descendre trois étages à pied pour faire la lessive, ni coudre, ni conduire (surtout en marche arrière), ni marcher plus d'un quart d'heure sans ressentir de fortes douleurs. Par ailleurs, à l'instar de son médecin traitant, son physiothérapeute avait relevé qu'elle devait aménager ses journées afin de limiter tous ses mouvements, ce qui ressortait de son rapport daté du 13 mai 2009. Elle était en effet très limitée dans toutes les amplitudes articulaires au niveau des cervicales (flexion, extension, rotation et inclinaison notamment) en raison de la douleur (évaluée à 10/10 sur l'échelle visuelle analogique et déclenchée par tout mouvement de la tête), des contractions musculaires de cette région habituellement très mobiles et des vertiges. Les deux séances de physiothérapie par semaine ne permettait pas de la soulager (cf. rapport du 13 mai 2009 de Monsieur R_____, physiothérapeute). Pour toutes ces raisons, sa capacité d'exercer une activité professionnelle et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels - question au demeurant pas traitée par l'OAI - étaient réduites à néant.

A/732/2010 - 9/20 -

E. 21

Par décision du 4 février 2010, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision et rejeté la demande de l'assurée visant à l'octroi d'une rente-invalidité.

E. 22

En date du 1er mars 2010, l'assurée a formé recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a en particulier contesté l'évaluation à 70% de sa capacité de travail par le Dr J_____ et la Dresse K_____, médecins SMR, et a critiqué la décision de l'OAI en ce qu'elle n'indiquait pas en quoi consistait une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et ne mentionnait rien quant à sa capacité ou non à accomplir ses travaux habituels. En annexe à son recours, l'assurée a produit un certificat du docteur C_____, du 7 mai 2009, dans lequel ce médecin déclare que sa patiente présente, suite à son accident du 17 septembre 2006, des céphalées et des cervicalgies plus marquées à droite, irradiant dans l'omoplate et le bras droits et entraînant une diminution de la force de ce membre. La musculature cervicale demeure contractée et douloureuse à la palpation, limitant la motricité de façon importante. Les douleurs intenses nécessitent de lourds traitements de physiothérapie (une à deux fois par semaine) et médicamenteux (Triptizol, Dafalgan et Zoldorm). Ce traitement entraîne, avec les douleurs, une asthénie, une baisse de la tension artérielle avec parfois des nausées et des vertiges. L'essai d'injection de Botox s'était révélé inopportun, ayant conduit à une exacerbation des douleurs. Depuis l'accident et en raison de l'état algique important, la patiente présente de gros problèmes de sommeil contribuant à sa fatigue diurne, entraînant une perte de concentration et de fréquents oublis. Elle a par ailleurs de la peine à lire et écrire, ne peut plus utiliser l'ordinateur ou aller au cinéma. Les activités de la vie quotidiennes sont très perturbées : elle ne peut plus faire son ménage, ni descendre les trois étages de son domicile, ni coudre, ni se laver les cheveux, ni faire du sport, etc. L'intéressée est très affectée moralement par la situation et malgré la poursuite d'un traitement lourd, il est actuellement impossible de guérir les séquelles importantes de ce coup du lapin.

E. 23

Par écriture du 29 mars 2010, l'OAI a persisté dans sa position, à savoir que la capacité de travail était de 70% dans toutes activités, de sorte que - la recourante travaillant avant l'atteinte à la santé à 50% - il n'existait aucune invalidité. Il n'y avait par ailleurs pas lieu de mettre en œuvre une enquête ménagère pour évaluer la capacité à effectuer les travaux

habituels, puisque même l'hypothèse la plus favorable à la recourante - à savoir une incapacité totale - ne lui conférerait aucun droit à une rente, le taux d'invalidité étant dans ce cas inférieur à 40%.

E. 24

Une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu le 2 juin 2010. A cette occasion, la recourante a déclaré qu'elle avait travaillé pendant 20 ans chez X_____ toujours à 50% et que depuis 2000 elle avait bénéficié d'un plan social. Son activité avait consisté dans celle de garde d'enfants (en l'occurrence âgés entre 18 mois et 4 ans). Elle travaillait alors 21 heures par semaine. Son mari - qui

A/732/2010 - 10/20 - serait à la retraite à la fin de l'année 2010 - l'aidait énormément, en particulier pour les gros travaux de ménage et les courses. Elle avait en outre une aide ménagère payée par son assurance complémentaire et une femme de ménage. Actuellement, elle continuait de souffrir de douleurs et d'insomnies et son médecin traitant lui prescrivait des antidépresseurs. Elle ne ressentait toutefois plus le besoin d'être traitée par un psychiatre. Enfin, il était choquant que le médecin SMR ait orienté ses questions lors de l'examen sur son couple ou sur d'éventuels problèmes d'alcool.

E. 25

Par ordonnance du 24 août 2010, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier A/1768/2009 concernant le litige avec l'assurance-accidents et communiqué à l'OAI le procès-verbal d'audition du 23 juin 2010 du Dr C_____, ainsi que la pièce déposée par ce dernier à l'audience (notes personnelles).

E. 26

Il ressort du procès-verbal d'audition du Dr C_____ en particulier ce qui suit: Suite à l'accident, la recourante n'avait pas présenté de troubles de la conscience, ni de réaction de peur ou de frayeur. En revanche, elle avait immédiatement senti des douleurs de la nuque modérées des deux côtés irradiant dans la tête et à mi-dos dans les 24 heures suivant le choc, moment à partir duquel avaient également été rapportées des céphalées intenses. Il n'y avait eu ni vertiges, ni vomissements, mais des nausées 24 heures après l'événement traumatique. Par la suite, l'évolution de l'état de santé de sa patiente s'était avéré défavorable avec, en sus de ce qui avait déjà été mentionné dans les divers rapports médicaux, une aggravation des vertiges pour lesquels elle était en investigation ORL. Par contre, l'intéressée ne présentait pas de composante dépressive pouvant aggraver la douleur. La recourante était au contraire une personne volontaire qui avait repris le travail et avait malheureusement dû l'arrêter. Le traitement par injections de Botox effectué par le docteur B_____ s'était révélé néfaste, ayant augmenté les douleurs pendant à peu près six mois après les infiltrations. En outre, l'effet myorelaxant de la toxine botulique avait engendré un relâchement de la musculature cervicale qui pouvait se traduire par un effet sur la statique. Les nausées persistaient depuis l'accident et la patiente prenait des médicaments contre ce trouble. Quant aux troubles de l'équilibre, ils étaient apparus dans les six mois précédant l'audience. Selon le thérapeute, les séquelles de l'accident étaient graves. Actuellement, la recourante suivait un traitement lourd, la posologie et le nombre de médicaments ayant du être augmenté avec la prise de Lyrica (médicament prescrit en cas de douleurs neuropathiques) en plus du Dafalgan, de myorelaxants et d'anti-inflammatoires) et la prise d'un antidépresseur dans le but d'augmenter le seuil de la résistance à la douleur. Ces médicaments étaient à l'origine d'un état de fatigue, de difficulté de concentration et

peut-être des troubles de l'équilibre qui étaient apparus durant ces 6 derniers mois. Ainsi, l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis l'accident avec - outre des contractures, des douleurs, des troubles du sommeil, une concentration diminuée - une aggravation des vertiges depuis plusieurs mois. Elle était incapable de vaquer à ses obligations journalières et elle avait en particulier dû

A/732/2010 - 11/20 - renoncer à garder son petit-fils et ne pouvait plus faire de sport, alors qu'elle en pratiquait beaucoup.

E. 27

Le 7 septembre 2010, l'OAI a fait valoir ses observations en remettant à la Cour de céans un avis du Dr. L_____, médecin SMR. Selon lui, le dossier constitué dans le litige avec l'assurance-accidents n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier la position exprimée jusqu'ici. Il fallait retenir toutefois que des céphalées existaient bien avant l'accident (en 1991 et 1998).

E. 28

Le 5 octobre 2010, la recourante s'est également déterminée. En premier lieu, elle a contesté la production de l'avis du Dr. L_____, dénué selon elle de toute objectivité et impartialité. Elle a ensuite rappelé les troubles de la santé dont elle souffrait depuis la survenance de l'accident, à savoir des douleurs des deux côtés à la nuque, avec intenses céphalées et nausées (dans les 24 heures depuis l'accident), des douleurs à la colonne vertébrale en flexion, extension, rotations et inclinaisons gauche et droites, des douleurs à la pression sur la nuque, la persistance de cervicalgies droites et gauches, avec douleurs à l'omoplate droite, des cervicalgies et céphalées invalidantes. La "fiche documentaire pour première consultation après traumatisme d'accélération cranio-cervical" - établie deux jours après l'accident - mentionnait ces troubles. Enfin, il fallait considérer comme irrelevante la remarque du Dr. L_____ selon laquelle elle souffrait déjà de céphalées avant l'accident, puisque ces troubles remontaient à des épisodes anciens.

E. 29

Le 7 octobre 2010, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le

A/732/2010 - 12/20 - plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). 3. La décision litigieuse ayant été rendue

le 4 février 2010, la LPGA s'applique au cas d'espèce. Sur le plan matériel, les faits pertinents remontant à février 2006 et s'étendant à mars 2008, il sera fait application des dispositions en vigueur à ce moment (4^{ème} et 5^{ème} révision de la LAI). 4. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 LPGA). 5. La question litigieuse consiste à déterminer si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente invalidité, singulièrement quelle est sa capacité de travail. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 être 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 7. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

A/732/2010 - 13/20 - 8. 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 les références). 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; Omlin, *Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung* p. 297ss. Morger, *Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA*, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). Le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de

A/732/2010 - 14/20 - l'appréciation. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la Cour, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1er de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. S'agissant plus particulièrement des suites des accidents de type "coup de lapin" (HWS, Schleudertrauma), il existe dans de nombreux cas une problématique douloureuse chronicisée, diagnostiquée comme un trouble somatoforme douloureux. Selon la jurisprudence, les troubles douloureux persistants (troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie ; ATF 130 V 352) n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (art. 4 LAI en relation avec art. 8 LPGa). Les principes développés dans ce

contexte sont applicables par analogie quand se pose la question du caractère invalidant des séquelles d'un traumatisme de type coup du lapin à la colonne cervicale en l'absence de déficits fonctionnels ou organiques objectivables. Conformément au principe de l'égalité de traitement, il convient de soumettre aux mêmes conditions asséculogiques l'ensemble des syndromes douloureux qui ne peuvent s'expliquer par un substrat organique objectivable. Le fait que les séquelles d'un traumatisme de type coup du lapin à la colonne cervicale puissent éventuellement s'expliquer par l'existence d'un substrat organique ne s'oppose pas à l'application des critères jurisprudentiels mis à la reconnaissance du caractère

A/732/2010 - 15/20 - invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants. Il convient enfin d'attacher de l'importance au fait que les troubles (dans le sens d'un syndrome complexe et chronique) désignés sous les termes de coup du lapin ou Chronic Whiplash Injury ne figurent dans aucun système de classification médicale reconnu. Dans ce contexte, il appartient à l'administration d'examiner avec soin si l'appréciation médicale relative à l'incapacité de travail s'inscrit dans le cadre d'éléments étrangers à l'invalidité, tels que des facteurs psychosociaux ou socioculturels, lesquels ne relèvent pas des assurances sociales, ou si elle répond aux critères posés par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme (ATF 9C_510/2009 du 30 août 2010 publié in ATF 136 V 279). 10. C'est le lieu de rappeler que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine). 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 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. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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 pathogenèse 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

A/732/2010 - 16/20 - 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 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent 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 malade 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. 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). 11. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur un rapport rhumatologique rendu le 8 juillet 2009 par le Dr. J _____ et la Dresse K _____, médecins SMR. Ce rapport - quand bien même il émane également d'une ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie, porte - comme son nom l'indique - exclusivement sur un examen clinique rhumatologique. Il comprend une anamnèse (dont ressortent les plaintes de la recourante), un status clinique (général et ostéoarticulaire), une analyse du dossier radiologique et une appréciation du cas. Les diagnostics retenus dans ce cadre comme ayant une influence sur la capacité de travail sont ceux de syndrome cervical dans le contexte d'une status post traumatique de type whiplash, de lésions dégénératives, notamment C5 à C7 et de dysbalances musculaires (M5.30). Ces diagnostics rejoignent dans une large mesure ceux posés par les médecins traitants, les Drs. C _____, B _____, D _____ et

A/732/2010 - 17/20 - E _____. Ces derniers ont en effet retenu les diagnostics suivants comme ayant une influence sur la capacité de travail: cervicalgies post traumatiques, sur traumatisme par accélération, décélération du rachis cervical de degré II (ou syndrome de whiplash), discopathie C5-C6 et C6-C7 (raideur segmentaire), cervicalgies permanentes avec céphalées (accompagnées de chutes, vomissements, vertiges) et des insomnies. Sous réserve des lésions observées sur les segments C5 à C7, aucun des médecins n'a relevé de substrat organique, ni de déficit neurologique. En revanche, les médecins SMR ne se sont pas prononcés sur l'aspect psychiatrique; ils n'ont ni admis ni exclu une atteinte à la santé psychique et n'ont - contrairement à ce que commande la

jurisprudence - pas examiné l'effort de volonté qui serait cas échéant exigible de la recourante, se bornant à relever la discordance importante entre les handicaps allégués et les données cliniques objectives et évoquant à ce titre une majoration des plaintes. Le dossier ne comprend en outre aucune évaluation médicale émanant d'un médecin psychiatre. Sur le plan psychique, les seuls éléments en la possession de la Cour de céans consistent dans le fait que la recourante - décrite comme une personne volontaire et collaborante - ne présente - selon le Dr. C_____ - pas de composante dépressive mais est néanmoins très affectée moralement. Il lui a prescrit des antidépresseur. Ces indications qui n'émanent pas d'un médecin spécialiste ne suffisent pas à forger la conviction de la Cour de céans. Sous cet angle, l'instruction du dossier doit donc être complétée. S'agissant du volet somatique, et pour ce qui est plus spécifiquement des limitations fonctionnelles et de l'évaluation de la capacité de travail, il apparaît que les conclusions des médecins SMR et du Dr C_____, seul médecin traitant à s'être prononcé à cet égard, divergent. En effet, les médecins SMR ont mentionné - en lien avec l'atteinte dégénérative constatée - les positions statiques prolongées (assise, debout, en rotation-flexion de la nuque), le port de charges supérieur à 5kg, le travail à la chaîne ou sur machine vibrante et le bruit. Ils ont également admis une plus grande fatigabilité en raison des insomnies. A ce titre, ils ont admis que la recourante pouvait objectivement être capable de travailler "actuellement " à au moins 50% dans son ancienne activité professionnelle, avec une reprise graduelle à 70%. En raison de l'atteinte dégénérative objectivée au niveau des cervicales et tenant compte des troubles du sommeil à l'origine d'une certaine fatigabilité, ils ont conclu à une capacité de travail exigible, depuis début 2007, de 70% dans " l'ancien poste de travail" ou dans toute autre activité adaptée. Le Dr. C_____ a retenu - comme limitations fonctionnelles - les positions assises et debout prolongées, la marche, le fait de se pencher, d'être accroupi, à genou, les mouvements de rotation, le fait de soulever, porter, monter. Il a également relevé des capacités de concentration, d'adaptation et de résistance limitées. A ce titre, il a conclu à une incapacité totale de travail.

A/732/2010 - 18/20 - Face à ces appréciations contradictoires, la Cour de céans n'est pas en mesure de se forger une opinion au degré de la vraisemblance prépondérante. En outre, si le rapport rhumatologique des médecins SMR remplit formellement les conditions nécessaires pour lui reconnaître pleine valeur probante, les conclusions tirées quant à la capacité de travail ne sont ni suffisamment précises, ni crédibles. En effet, le Cour de céans peine à comprendre l'évolution de la capacité de travail exigible d'abord - semble-t-il - à 50% puis à 70%. Par ailleurs, la Cour de céans ne parvient pas à déterminer à quelle activité les médecins SMR se réfèrent, lorsqu'ils font état de l'ancienne activité et de l'ancien poste de travail et qu'ils les considèrent comme adaptés aux limitations fonctionnelles. S'agissant de l'activité exercée avant l'atteinte à la santé, tel ne saurait manifestement pas être le cas. En effet, avant l'atteinte à la santé, la recourante travaillait comme maman de jour. A ce titre, elle gardait des enfants âgés entre 18 mois et 4 ans. Or, il est notoire qu'une activité de cette nature implique - outre toutes sortes d'activités physiques à répétition (pousser, tirer, se baisser, courir...) - le port de charges de plus de 5kg, un nourrisson pesant à la naissance en moyenne 3kg déjà. Pour cette raison, la Cour de céans écartera le rapport des médecins SMR. Pour le surplus, la Cour de céans ne saurait pas plus suivre les conclusions du Dr C_____ quant à la capacité de travail de la recourante (rapports datés des 20 mars 2008 et 8 avril 2009), ces conclusions n'étant corroborées par aucun des autres médecins consultés faute de s'être prononcés sur cette question. S'agissant de 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se refuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). A cela s'ajoute la nécessité de procéder, le cas échéant et eu égard au statut de la recourante, à une enquête ménagère afin de déterminer quels sont les empêchements rencontrés dans l'accomplissement de ses travaux habituels. 12. Au bénéfice des explications qui précèdent, le recours sera admis et l'affaire sera renvoyée à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction par le biais d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. En effet, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer

A/732/2010 - 19/20 - la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 13. Quand bien même il succombe à la procédure, aucun émolument ne sera mis à la charge de l'OAI (69 al.1 bis LAI), dès lors qu'il ne saurait lui être reproché de n'avoir pas fait porter son instruction sur le volet psychiatrique du dossier. En effet, la jurisprudence rendue à cet égard par le Tribunal fédéral date du 30 août 2010, soit une date postérieure au jour de la décision querellée. 14. En revanche, la recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'occurrence à 2'000 fr. (cf. art. 89H al. 3 LPA).

A/732/2010 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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