

GE_GERICHTE ATAS/1102/2009 vom 8. September 2009

GE Cour de justice, 2009-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1102_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1102/2009 du 8 septembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1102/2009 del 8 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 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/956/2009 - 7/14 - 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 13 février 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de mars 2007 ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Est litigieux le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1er LPGA). 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).

E. 6

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

A/956/2009 - 8/14 - 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 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). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de

soins, de grandes divergences entre les informations fournies par 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.],

A/956/2009 - 9/14 - Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, 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 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 7

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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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. 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). 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. Etant 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

A/956/2009 - 10/14 - (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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. 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

En l'espèce, l'assurée a été soumise, en date du 5 mai 2008, à un examen rhumatopsychiatrique par les Drs P_____ et Q_____, médecins au SMR, lesquels ont retenu un syndrome douloureux ostéoarticulaire diffus apparenté à la fibromyalgie, un excès pondéral, une dysthymie (F34.1) et un trouble panique (F41.0), toutefois, aucun de ces diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Les examinateurs ont conclu à une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, sans limitations fonctionnelles, depuis toujours, à l'exception de brèves périodes d'incapacité de travail justifiées par la cure de hernie discale cervicale au mois de mai 2006, puis, par le by-pass gastrique au mois d'avril 2008. Il y a lieu de constater que ce rapport est fondé sur une anamnèse familiale, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique de l'assurée, sur ses plaintes ainsi que sur des examens complets. Les diagnostics ont été clairement posés et les conclusions convenablement motivées. En effet, les examinateurs ont précisément exposé pour quelles raisons ils retenaient uniquement une dysthymie et pourquoi ils ont considéré que l'assurée n'avait présenté, d'après eux, qu'un épisode dépressif moyen en mars 2007. De plus, on comprend également ce qui les a déterminés à conclure à un syndrome douloureux diffus assimilé à une fibromyalgie, à une entière capacité de travail dans toute activité lucrative et à une absence de limitations fonctionnelles. Enfin, leurs conclusions n'apparaissent pas en contradiction avec leurs constatations cliniques et il n'existe aucun élément découlant du rapport pouvant faire douter le Tribunal de céans de leur objectivité. Il sera ainsi considéré que ce rapport présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence.

E. 9

Les rapports d'autres médecins sont cependant présents au dossier, de sorte qu'il doit être déterminé s'ils contiennent des éléments permettant de s'en écarter. La Dresse U_____ s'est tout d'abord exprimée sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée. Elle retient des diagnostics similaires à ceux des examinateurs SMR en ajoutant celui de cervicobrachialgies gauches sur hernie discale C5-C6, de laquelle l'assurée a été opérée en date du 8 mai 2006 et qui a

A/956/2009 - 11/14 - engendré une incapacité de travail totale pendant deux semaines, puis de 50% pendant une semaine, suite à quoi la capacité de travail était à nouveau entière. La Dresse U_____ conclut toutefois à une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative en raison des douleurs présentées par l'assurée, semblant ainsi se fonder que sur des considérations subjectives. La Dresse L_____ a quant à elle retenu, outre un syndrome douloureux chronique, des cervicalgies et une discectomie C5-C6, une possible spondylarthropathie. Ce dernier diagnostic a cependant été exclu par les examinateurs du SMR qui ont expliqué qu'au vu de l'examen clinique, il pouvait être uniquement conclu à un syndrome douloureux diffus sans soubassement physiopathologique cohérent. Le Dr N_____ n'est pas précis dans les diagnostics

posés - douleurs du rachis et des 4 membres - et se réfère au rapport de la Dresse L_____ pour ce qui est de l'existence d'une fibromyalgie. Ce médecin a attesté d'une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire en raison de la fatigabilité et des douleurs de l'assurée, de sorte qu'il s'est également principalement basé sur des considérations subjectives pour établir ses conclusions. Quoi qu'il en soit, les rapports de ces médecins, qui doivent tous trois être considérés comme des médecins traitants enclins, d'après la jurisprudence, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison du rapport de confiance qui les unit à ce dernier, sont très courts et peu motivés, de sorte qu'ils ne sauraient valablement remettre en cause les conclusions du rapport d'examen du SMR. Le rapport de la Dresse O_____ ne permet pas davantage de s'écarter du contenu du rapport des examinateurs du SMR. En effet, bien qu'elle ait posé des diagnostics clairs et que son rapport soit motivé, il est vrai, comme l'ont exposé les médecins du SMR, qu'elle n'a pas fait état d'idées de mort ou suicidaires permettant de retenir un épisode dépressif sévère, de sorte qu'il y a lieu de suivre les conclusions de l'examen SMR tendant à ne retenir qu'un épisode dépressif moyen pour ce qui est du début de l'année 2007. Il sera également précisé que la Dresse O_____ semble se contredire dans son rapport. En effet, elle indique que l'assurée est encore très fragile sur le plan psychiatrique, ce qui laisse apparaître une vraisemblable amélioration de son état de santé, cependant, elle précise, par la suite, qu'elle n'a pas noté d'amélioration sur le plan psychologique. On ne comprend ainsi pas si son état de santé s'est amélioré dans une certaine mesure ou pas. Enfin, le dernier rapport au dossier, soit celui des médecins de la Clinique de Montana du mois de décembre 2008, ne fait que confirmer les diagnostics posés et les constatations objectives ressortant de l'examen SMR.

A/956/2009 - 12/14 - Par conséquent et au vu de tout ce qui vient d'être exposé, le Tribunal de céans ne peut que constater la pleine valeur probante du rapport d'examen SMR et en retenir les conclusions.

E. 10

Reste à déterminer si les troubles assimilables à une fibromyalgie sont invalidants.

E. 11

Il y a tout d'abord lieu d'examiner s'il existe une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée comme le prétend l'assurée. Les examinateurs du SMR ont constaté la présence d'une tristesse exprimée et accompagnée de ruminations existentielles, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidiennes et les activités habituellement agréables, d'une mauvaise image de soi ou encore d'une absence de libido. Lors de l'entretien, il n'a en revanche pas été mis en évidence de symptomatologie anxieuse type crise de panique, toutefois, l'assurée a décrit deux crises d'angoisse au cours des derniers mois. Ils ont précisé que les difficultés de l'assurée lors de son enfance et de son adolescence pouvaient expliquer une dépression chronique de l'humeur et une indication à une psychothérapie, cependant, cette dépression chronique rentrait dans le contexte d'une dysthymie et était d'une intensité insuffisante pour retenir un trouble dépressif léger ou moyen, à l'exception de l'épisode dépressif moyen présenté par l'assurée au début de l'année 2007. Quant au rapport de décembre 2008 de la Clinique de Montana, il en ressort que l'assurée présentait alors un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations. Ces constatations ne permettent ainsi pas de retenir une comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence.

E. 12

Les autres critères déterminants permettant de conclure à une exigibilité sur le plan psychique de l'exercice d'une activité lucrative ne sont pas non plus réalisés. En effet, même s'il doit être considéré que l'assurée présente des affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il n'apparaît pas qu'elle subisse une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, s'occupant toujours énormément de sa famille. De plus, elle ne présente pas d'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, attendu notamment que l'épisode dépressif moyen présenté en 2007 avait évolué favorablement. Enfin, les examinateurs n'ont pas mis en exergue d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

E. 13

Par conséquent, c'est avec raison que l'OCAI a considéré que la fibromyalgie présentée par l'assurée n'avait pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence et que sa capacité de travail était entière dans toute activité lucrative.

E. 14

Le degré d'invalidité est dès lors nul (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2).

E. 15

L'assurée n'a ainsi pas droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision de l'OCAI devra être confirmée.

A/956/2009 - 13/14 -

E. 16

Se pose enfin la question de l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ou d'une mesure d'aide au placement.

E. 17

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er).

E. 18

Il a précédemment été établi que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité lucrative, de sorte qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait entrer en considération.

E. 19

Le recours de l'assurée sera dès lors entièrement rejeté.

A/956/2009 - 14/14 -

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