

GE_GERICHTE ATAS/1241/2010 vom 30. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1241_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1241/2010 du 30 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1241/2010 del 30 novembre 2010

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 de l'assurance-invalidité. Elle est

A/3244/2008 - 13/25 - applicable en l'espèce, dès lors que la demande de prestations et la décision litigieuse sont postérieures à cette date (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) entrées en vigueur, le 1er janvier 2004, et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision) entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser de verser une rente d'invalidité et plus singulièrement sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

E. 5

a) 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). Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1

A/3244/2008 - 14/25 - LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 depuis le 1er janvier 2008).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) 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

A/3244/2008 - 15/25 - 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). 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 récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 7

A titre liminaire, le Tribunal de céans constate que la recourante semble renoncer à invoquer le caractère invalidant de la fibromyalgie dont elle souffre. Cependant, dans un souci d'exhaustivité, le Tribunal examinera tout de même cet aspect. a) La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles

A/3244/2008 - 16/25 - que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Cette maladie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Dans les deux cas, la limitation de la capacité de travail est 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 (ATF 132 V 65, ATF non publié C_815/2008 du 28 mai 2009, consid. 3.1). b) 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). Au sujet de la comorbidité (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un

A/3244/2008 - 17/25 - diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). c) Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss).

E. 8

Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans a ordonné, le 16 octobre 2009, la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Il ressort notamment de l'expertise du Dr M_____, qui confirme le diagnostic retenu par le Dr F_____, que la recourante souffre d'une fibromyalgie. Cette atteinte n'est toutefois, en tant que telle, pas invalidante, sauf si elle ne peut être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il convient donc d'examiner le caractère invalidant de la fibromyalgie sous l'angle psychique. Dans son ordonnance du 16 octobre 2009, le Tribunal de céans a considéré que les rapports d'examen des 29 septembre et 29 décembre 2005 ainsi que du 2 février 2008 établis par les Drs O_____ et E_____ respectivement par le Dr I_____ ne disposaient pas d'une valeur probante suffisante pour pouvoir retenir leurs conclusions. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur ces rapports. En revanche, il sied d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr L_____ du 10 avril 2010. Le Tribunal de céans constate que le rapport précité répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a). En effet, il a été établi après que l'expert ait étudié les pièces du dossier, dont notamment l'expertise du Dr I_____. Il se base sur une anamnèse complète tant personnelle que médicale et psychiatrique. Par ailleurs, l'expert a téléphoné aux Drs C_____, médecin traitant, et D_____, psychiatre. Il a en outre tenu compte des plaintes subjectives de la recourante et l'a examinée. Il a effectué des tests psychométriques basés sur les échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton. Enfin, les conclusions de l'expert sont bien motivées. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il a retenu un trouble dépressif récurrent et qualifié l'épisode actuel de léger. Par conséquent, le rapport du 10 avril 2010 remplit toutes les

A/3244/2008 - 18/25 - conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, le Dr L_____ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, ce qui ne constitue toutefois pas une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence fédérale (voir notamment arrêt F. du 16 août 2005, I 539/04, consid. 5.1). En outre, si la recourante présente certes des affections corporelles chroniques (hypothyroïdie et troubles dégénératifs étagés du rachis cervical et lombaire), elle ne subit ni perte d'intégration sociale ni échec du traitement sur le plan psychique, étant toutefois relevé que le Dr M_____ a constaté l'échec du traitement sur le plan somatique. Ainsi, force est de constater que la recourante ne réunit pas en sa personne plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence, ou du moins pas dans une mesure marquée, fondant un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une activité professionnelle. S'agissant de la période courant de 2002 à 2008, le Dr L_____ ne peut se prononcer. Cela étant, le Tribunal de céans constate qu'en 2004, le Dr D_____ relevait un trouble dépressif récurrent, sous forme d'un épisode d'intensité moyenne, ce qui ne constitue toujours pas une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence précitée. En 2006, ce même praticien mentionnait un tableau clinique indéniable du trouble dépressif dont souffrait la recourante, sans préciser la gravité dudit trouble. En 2008, il considérait que la gravité du trouble dépressif fluctuait entre l'état moyen et l'état grave. Enfin, en 2010, ce médecin indiquait au Dr L_____ que la recourante répondait plutôt bien au traitement, une bithérapie antidépressive, mis en place progressivement. Force est donc de constater que la présence durable d'un état dépressif sévère entre 2002 et 2008 n'est pas rendu vraisemblable ce d'autant plus que les expertises réalisées à la demande de l'intimé, même si elles ne disposent pas de valeur probante, vont dans le même sens que celle du Dr L_____. Par conséquent, au vu de ce qui précède, il apparaît que la fibromyalgie ne

se manifeste pas avec une sévérité telle que, de manière objective, seule une mise en valeur limitée de sa capacité de travail puisse être exigée de la recourante.

E. 9

Il convient donc d'examiner, dans un deuxième temps, si la recourante présente une incapacité de travail, totale ou partielle, en raison d'atteintes somatiques. En effet, tant le Dr F_____ que le Dr M_____ ont retenu les diagnostics de cervico-brachialgies et de lombo-sciatalgies, avec des répercussions sur la capacité de travail. De l'avis de l'intimé, les atteintes dont souffre la recourante ne l'empêchent pas de travailler à 50% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée. De son côté, la recourante considère qu'elle est, au contraire, incapable de travailler à 100% dans son activité habituelle et seulement à 50% dans une activité adaptée.

A/3244/2008 - 19/25 - a) A titre liminaire, il convient d'examiner la valeur probante des avis du SMR des

E. 12

Au bénéfice des explications qui précèdent, le recours sera donc rejeté.

E. 13

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr. sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

A/3244/2008 - 25/25 -

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