

## **GE\_GERICHTE ATAS/1315/2010 vom 20. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1315\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1315_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1315/2010 du 20 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1315/2010 del 20 dicembre 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**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).

#### **E. 3**

La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

#### **E. 4**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

A/2846/2010 - 11/17 -

#### **E. 5**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134

consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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. 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 352 ss consid. 3). En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). 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

A/2846/2010 - 12/17 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer 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 (DTA 2001 p. 169).

## **E. 6**

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 légitime 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. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les

A/2846/2010 - 13/17 - constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], 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**

En l'espèce, l'intimé estime que la recourante était incapable de travailler du 27 février au 27 avril 2008, date à laquelle elle aurait recouvré une entière capacité de travail, ce que la recourante conteste.

#### **E. 8**

a) Sur le plan somatique, la recourante a été soumise, au mois de janvier 2009, à un examen rhumatologique par le Dr D\_\_\_\_\_ du SMR, lors duquel il a posé les diagnostics suivants : douleurs sterno-costales gauches d'origine indéterminée et hémi-syndrome algique englobant la paroi thoracique gauche et le membre supérieur gauche d'origine indéterminée (syndrome douloureux somatoforme localisé), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et état anxio-dépressif avec phénomènes de crises d'hyperventilation anamnestiques. Les examens radiologiques et l'examen clinique n'avaient pas pu mettre en exergue de pathologie ostéoarticulaire significative et ne permettaient pas d'expliquer l'incapacité de travail et la persistance de la symptomatologie exposée par la recourante. Partant, d'après l'examinateur, la capacité de travail était entière depuis le 28 avril 2008 dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations

A/2846/2010 - 14/17 - fonctionnelles, lesquelles concernaient les activités de charges avec le membre supérieur gauche, les mouvements avec le thorax et la position assise statique. Il sied de constater que ce rapport se fonde sur une anamnèse complète de la recourante, sur ses plaintes, sur les documents radiologiques ainsi que sur des examens complets. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires et non contradictoires et les conclusions suffisamment motivées. De plus, le contenu de ce rapport, singulièrement les diagnostics somatiques qui y sont exposés, les limitations fonctionnelles et l'absence d'altération osseuse de la recourante, sont en substance confirmés par les déclarations de la Dresse A\_\_\_\_\_. Par conséquent, le rapport rhumatologique présente valeur probante au sens de la jurisprudence et ses conclusions doivent être suivies.

b) Sur le plan strictement neurologique, la Dresse H\_\_\_\_\_ a mis en exergue, dans ses rapports, que les troubles de la recourante pourraient avoir une origine neurogène, et a notamment fait référence à une allodynie mécanique et à une diminution de la sensibilité au froid D3-D5 à gauche. Elle a proposé que des tests QST (quantitative sensory testing) soient effectués. La Dresse A\_\_\_\_\_ a quant à elle estimé, dans son rapport du 8 novembre 2010, qu'un bilan neurologique pouvait être utile et qu'il y avait également lieu de procéder à une IRM cervico-dorsale. Enfin, le SMR a préconisé, dans son avis du 22 novembre 2010, une instruction complémentaire sous la forme d'une IRM cervico-dorsale et d'un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche. Dès lors, au vu des rapports de ces médecins et de la volonté concordante des parties d'instruire plus avant l'éventuelle origine neurologique des troubles de la recourante, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une instruction complémentaire sur le volet neurologique.

#### **E. 9**

a) Sur le plan psychiatrique, la recourante a été examinée par la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, laquelle a retenu, dans son rapport du mois de mars 2010, un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. La recourante présentait ainsi une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique dans toutes les activités lucratives. L'examinatrice a précisé qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant était caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un

sentiment de détresse non-expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes

A/2846/2010 - 15/17 - psychosociaux suffisamment importants pour être considérés, par un clinicien, comme la cause essentielle du trouble. Le Tribunal de céans constate, à lecture du rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_, que les motifs lui permettant de conclure à l'existence d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne convainquent pas. En effet, on peine à comprendre pourquoi elle pose ce diagnostic dans le cas d'espèce, dans la mesure où elle se prononce uniquement en termes très généraux dans son appréciation du cas, en donnant la définition de ce diagnostic. Elle considère également que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, soit les crises d'angoisse avec attaque de panique, est en rémission complète, alors même qu'elle expose qu'il s'agit de l'une des conditions pour qu'un trouble douloureux somatoforme persistant puisse être retenu. Les raisons qui précèdent permettent de douter de la valeur probante des conclusions de l'examen de la Dresse F \_\_\_\_\_. b) Quoi qu'il en soit, bien qu'on ne puisse se fonder sur le rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_ pour déterminer les atteintes psychiatriques de la recourante et leur répercussion sur sa capacité de travail, force est de constater qu'aucun autre rapport médical ne met en exergue de diagnostic psychiatrique suffisamment sévère pour retenir une diminution de la capacité de travail de la recourante pour des motifs psychiatriques. En effet, le Dr E \_\_\_\_\_, lequel est le psychiatre traitant de la recourante, a indiqué, durant le mois de juin 2009, que le traitement antidépresseur mis en place suite au premier épisode dépressif développé en janvier 2009 avait engendré une réponse satisfaisante sur le plan de la dépression et des attaques de panique. De plus, le médecin du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a uniquement posé le diagnostic d'épisode dépressif modéré, lequel diminuait certes le seuil de tolérance de la recourante à la douleur, toutefois, le médecin n'a pas indiqué qu'il avait une répercussion sur sa capacité de travail. Qui plus est, un tel diagnostic psychiatrique ne constitue, en tout état de cause, pas une comorbidité psychiatrique grave et durable permettant de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant. c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques de la recourante ne sauraient, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, avoir une influence sur sa capacité de travail.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 25 juin 2010 sera annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

A/2846/2010 - 16/17 -

#### **E. 11**

Dans la mesure où la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). De plus, l'émolument de justice, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé, au vu de l'issue du litige (art. 69 1bis LPGA).

A/2846/2010 - 17/17 -

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