

GE_GERICHTE ATAS/1401/2012 vom 21. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1401_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1401/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1401/2012 del 21 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

A/1678/2012 - 13/21 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé durablement depuis la décision du 25 mai 2007 au point de provoquer une invalidité lui ouvrant le droit à une rente.

E. 4

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Quant au point de départ temporel pour l'examen des modifications du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, en changeant sa jurisprudence antérieure, qu'il convient de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5).

E. 5

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). Selon l'art. 7 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 la

santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

A/1678/2012 - 14/21 - 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 6

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 malade, 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. 7

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 légitimement 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 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 traitement), 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

A/1678/2012 - 15/21 - (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. 8

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

A/1678/2012 - 16/21 - champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 9

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. 2 LAI).

E. 10

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 (ATF 125 V 261 consid. 4). 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 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). e) 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 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

A/1678/2012 - 17/21 - procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, suite à la constatation par le Tribunal cantonal des assurances sociales que l'état de santé de la recourante s'était aggravé, et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, la recourante a été soumise à une nouvelle expertise multidisciplinaire. Celle-ci remplit en principe tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été rendue en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante et repose sur

les examens approfondis de plusieurs experts. Selon les conclusions de ceux-ci, dans leur rapport du 2 décembre 2011, la recourante ne présente aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail sur les plans neurologique, cardiologique, neuropsychologique et psychiatrique. De façon convaincante, les experts exposent pourquoi ils ne retiennent aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Il ressort notamment des examens neurologiques, qu'il n'y a aucune atteinte neurologique centrale ou périphérique expliquant les plaintes de la recourante. Sur le plan cardiologique, une échocardiographie et un test à l'effort ont été effectués. Ces examens ont mis en évidence une bonne fonction ventriculaire gauche, des cavités cardiaques de tailles normales et l'absence de valvuloplastie significative. Le test à l'effort a toutefois démontré une aptitude physique moyenne. La recourante était restée asymptomatique et n'avait pas eu de modification électro cardiographique. Par conséquent, il n'existe pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle. Probablement il y a des limitations fonctionnelles en raison de l'aptitude physique moyenne. En effet, un déconditionnement physique, néanmoins compatible avec une activité sédentaire et des efforts légers, réversible après reconditionnement, est constaté. Certes, les constatations de l'expert cardiologue semblent être en contradiction avec celles du Dr K_____, lequel a considéré, dans son rapport du 3 mars 2011, que les capacités fonctionnelles de la recourante étaient très limitées, alors même que le résultat du test d'ergométrie qu'il avait effectué en novembre 2011 est quasiment superposable à celui effectué dans le cadre de l'expertise, où il a été constaté que le test d'effort maximal est cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde, qu'il n'y a pas d'arythmie, que le comportement tensionnel est normal et que l'aptitude physique est moyenne. Dans son rapport, le Dr K_____ avait par ailleurs constaté que le test d'effort montrait une stabilité clinique sous traitement médical. Il s'avère ainsi que seule l'interprétation de ces examens est divergente.

A/1678/2012 - 18/21 - Au vu de certaines incohérences mises en évidence dans le dossier, il ne peut toutefois être exclu que la recourante se soit autolimitée au test d'effort, ce qui pourrait expliquer ses mauvaises performances, comme la Dresse L_____ l'a exposé dans son avis médical du 23 mai 2011. Il semble de surcroît que la mauvaise performance soit essentiellement le résultat d'un déconditionnement qui est réversible. Enfin, il sied également de tenir compte du fait que l'avis du médecin traitant peut être influencé par une trop grande proximité avec le patient, ce qui diminue la valeur probante de son appréciation par rapport à celle d'un expert indépendant. Partant, avec l'expert cardiologue, la Cour de céans estime qu'il n'y a aucune incapacité de travail, du moins dans une activité légère, sur le plan cardiologique.. Sur le plan neuropsychologique, les performances à l'examen effectué dans la dernière expertise du CEMed sont globalement superposables à celles mises en évidence lors du bilan neuropsychologique de 2008. Il n'y a notamment pas d'indice psychométrique en faveur d'une pathologie cérébrale dégénérative à l'origine de troubles cognitifs. L'analyse approfondie du profil psychométrique a révélé plusieurs éléments incohérents faisant suspecter des facteurs d'ordre motivationnel et/ou psychique, notamment d'exagération, influençant significativement le degré de collaboration de la recourante à l'examen et se répercutant sur son niveau de performance au test. Ceux-ci sont donc peu représentatifs de ses capacités et difficultés réelles. Ainsi, les déficits cognitifs ne peuvent pas être quantifiés de manière fiable. Cette évaluation emporte la conviction de la Cour de céans. Elle n'est d'ailleurs contestée par aucun autre examen neuropsychologique. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a retenu un trouble somatoforme douloureux. A cet égard, il a constaté que la recourante avait commencé à souffrir de symptômes

dépressifs en réaction à ce trouble. Il est par ailleurs mentionné, sous « données subjectives » que sa souffrance reste dominée par les douleurs, la recourante précisant qu'elle se perd dans celles-ci (p. 6 de l'expertise). Elle se plaint à cet égard de rachialgies cervico-dorsolombaires avec des douleurs au niveau des quatre extrémités, ainsi que de troubles sensitivomoteurs intéressant particulièrement le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit, avec des paresthésies au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Les experts mentionnent qu'elle décrit une évolution marquée par des douleurs persistantes en réaction à des états dépressifs d'une intensité fluctuante. Lorsqu'elle est interrogée sur ses plaintes par l'expert psychiatre, elle exprime également souffrir de beaucoup de douleurs, notamment dans la nuque et qu'elle doit prendre un traitement contre la prolactine, afin de traiter une tumeur cérébrale. Au vu de ces constatations, il paraît effectivement hautement probable que le trouble dépressif est réactionnel au trouble somatoforme douloureux, de sorte que la symptomatologie dépressive ne peut faire l'objet d'un diagnostic séparé, selon la jurisprudence. Par ailleurs, il

A/1678/2012 - 19/21 - apparaît que l'aggravation survenue en 2008 n'était que passagère et que l'état psychique s'est plutôt amélioré depuis lors. Selon les renseignements recueillis par l'expert psychiatre auprès du Dr C _____, la recourante est notamment très contente du sevrage de son fils depuis son retour de la Turquie en janvier 2011. L'expert psychiatre explique en outre pourquoi il n'a pas retenu un trouble de conversion qui avait été diagnostiqué par les médecins des HUG dans leur rapport du 20 août 2008. Il admet que le manque d'implication avec des réponses laconiques et peu informatives peut évoquer un diagnostic de conversion, par exemple celui d'un syndrome de Ganser (réponses à côté). L'expert psychiatre estime cependant, en se fondant sur la CIM-10, qu'il faut la mise en évidence d'une relation temporelle étroite avec un évènement traumatique et que les symptômes sont habituellement caractérisés par une amélioration en quelques semaines ou mois. Même si cela ne semble pas ressortir de ce dernier ouvrage, selon les constatations de la Cour de céans, il convient néanmoins de retenir avec la Dresse L _____ que la persistance d'un tel syndrome n'est pas compatible avec notamment le fait que la recourante a pu se rendre pendant plusieurs mois en Turquie, en vue du sevrage de son fils toxicomane. De surcroît, du fait des incohérences relevées lors des évaluations neuro-psychologiques, un tel diagnostic paraît peu probable. En effet, l'assurée s'était montrée plus performante dans des conditions difficiles que dans des conditions faciles, répondant mieux aux items complexes qu'aux items simples des tests. Reste à examiner si la recourante remplit les autres critères permettant de considérer que le trouble somatoforme douloureux présente un caractère invalidant. Même si la recourante n'a essentiellement des contacts qu'avec ses proches, il ne peut être considéré de ce fait qu'elle subit une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Quant aux affections corporelles chroniques, il est vrai qu'elle a subi un infarctus et que son aptitude physique est jugée moyenne par l'expert cardiologue. Cela peut être considéré comme une limitation fonctionnelle pour des travaux physiques lourds, mais non pas pour une activité sédentaire légère. Les autres affections chroniques dont fait état la recourante dans ses écritures, n'engendrent pas de limitations fonctionnelles, selon les experts. Or, en l'absence d'une telle limitation, le critère d'affection corporelle chronique ne peut être considéré comme étant réalisé (cf. notamment ATFA du 12 juin 2006 cause I 317/05). S'agissant de la durée du processus malade, en ce qui concerne les problèmes cardiaques, il y a lieu de considérer qu'il y a une amélioration, l'infarctus ayant eu finalement très peu de conséquences cardiaques, selon l'expert cardiologue du CEMed (page 20 de l'expertise CEMed). Concernant l'existence d'un état

psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'expert psychiatre du CEMed a mis à raison en évidence que la recourante dispose de ressources, dans la mesure où elle a pu accompagner son fils toxicomane d'août 2010 à novembre 2011 en Turquie. Ce critère n'est donc pas réalisé. Enfin, il convient de relever que le profil des performances mis en évidence dans l'examen

A/1678/2012 - 20/21 - neuropsychologique s'avère peu cohérent, ce qui, selon la jurisprudence, constitue un indice que les douleurs sont surmontables par un effort de volonté, voire doivent être relativisées. Cela étant, un caractère invalidant ne peut être reconnu au trouble somatoforme douloureux. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise du CEMed, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière. Aucune aggravation durable de son état de santé, par rapport à celui à l'époque de la première décision de refus, ne peut donc être admise.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Il est à noter cependant qu'en raison de facteurs qui ne peuvent être pris en considération par l'assurance-invalidité, à savoir notamment l'âge (60ans), l'illettrisme et la méconnaissance du français, il apparaît aujourd'hui que la reprise d'une activité professionnelle n'est guère possible. Cela pourrait être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires pour évaluer le revenu hypothétique de la recourante, étant rappelé que son mari est au bénéfice d'une rente d'invalidité.

E. 13

Dans la mesure où la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, la Cour de céans renonce à mettre un émolument de justice à sa charge.

A/1678/2012 - 21/21 - 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.