

## **GE\_GERICHTE ATAS/1500/2012 vom 19. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1500\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1500_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1500/2012 du 19 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1500/2012 del 19 dicembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

Le 12 décembre 2011, la Cour ordonne une expertise bi-disciplinaire et la confie aux Drs P\_\_\_\_\_, rhumatologue, et Q\_\_\_\_\_, psychiatre.

#### **E. 29**

Dans leur expertise du 27 octobre 2012, les experts judiciaires retiennent les diagnostics de tableau clinique de fibromyalgie, de status post cinq laparoscopies et-tomie pour problèmes gynécologiques, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de personnalité dépendante. Ils évaluent la capacité de travail à 50%, soit à 40% pour des raisons psychiatriques et à 10% sur le plan somatique. L'expert psychiatre mentionne dans les plaintes spontanées actuelles des douleurs multiples qui prennent parfois la forme de crises violentes, une fatigue, un manque d'énergie et d'entrain, ainsi qu'une tristesse. Ce sont les douleurs, le manque d'énergie et de motivation qui empêchent la recourante de travailler, selon

A/315/2010 - 10/17 - ses dires. L'expert psychiatre relève que la triade symptomatique de la CIM-10 est présente de manière significative, mais non massive, la baisse de l'humeur n'étant pas constante et l'intérêt pour les interactions avec les proches étant préservé. Les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont également présents. Les manifestations objectives de la dépression sont discrètes, en l'absence notamment de ralentissement moteur ou vocal, de culpabilité irrationnelle, d'altération de l'état général, d'horaire typique de la baisse de l'humeur, de perte de poids et d'auto-négligence. L'expert psychiatre rappelle par ailleurs que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique a été également retenu par le médecin traitant en novembre 2009 et le Dr O\_\_\_\_\_ en octobre 2010. Le trouble dépressif diagnostiqué en 2000 à la Clinique de Montana n'atteignait pas le degré d'un véritable épisode dépressif, dès lors que le diagnostic retenu était celui de réaction dépressive prolongée. En 2004, le médecin traitant diagnostiquait des états dépressifs récurrents, mais l'expertise du COMAI ne retenait pas ce diagnostic. En mai 2007, un trouble "anxio-dépressif" était signalé par le gynécologue traitant. Une prise en charge psychiatrique est intervenue dès novembre 2007 et une aggravation de l'état clinique est signalée par le psychiatre traitant en 2008. Sur la base de cette anamnèse, l'expert psychiatre conclut que la symptomatologie dépressive n'atteint le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10 que depuis février 2008. Il s'agit d'un trouble dépressif avec une existence propre, indépendant du tableau douloureux. Les limitations dues aux troubles dépressifs ne sont pas massives. Elles portent sur l'énergie disponible, la motivation, l'attention et la capacité de se projeter dans le futur. Ces limitations sont renforcées par la personnalité dépendante qui diminue la capacité de se prendre en main et d'être autonome dans une activité. L'expert psychiatre souligne par ailleurs que la focalisation excessive sur le vécu douloureux accroît la diminution de

l'énergie disponible et de la motivation, ce qui justifie de majorer de 10% le taux d'incapacité de travail due aux troubles psychiques en raison du tableau douloureux de fibromyalgie. Quant à la vie sociale de la recourante, elle est pauvre, se limitant à la fréquentation de sa sœur et de sa famille, ainsi que de deux autres personnes, et aux contacts téléphoniques espacés avec la famille au Maroc. Selon l'expert psychiatre, il y a un état psychique cristallisé, l'état psychique étant stationnaire depuis plusieurs années en dépit des traitements spécialisés suivis. Il ne constate pas de comportements douloureux démonstratifs. Le traitement et la compliance semblent être optimaux. Sur le plan purement somatique, le Dr P\_\_\_\_\_ précise que la recourante est apte à exercer une activité légère à 90% ne nécessitant pas de port de charges de plus 5 à 7 kg, principalement en raison des séquelles des interventions chirurgicales abdominales et des lombalgies. Il n'y a pas eu d'aggravation notable de l'état de santé somatique depuis l'expertise du COMAI de 2005. Le Dr P\_\_\_\_\_ ne constate pas non plus de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, si ce n'est qu'une certaine résistance liée à une contracture musculaire volontaire qui peut disparaître avec des manœuvres de distraction.

A/315/2010 - 11/17 -

### **E. 30**

Dans son avis médical du 8 novembre 2012, la Dresse K\_\_\_\_\_ du SMR relève que la notion de tableau douloureux en aggravation progressive existe déjà bien avant 2000, les premières plaintes douloureuses datant de 1986, même si la fibromyalgie proprement dite n'a été diagnostiquée en tant que telle qu'en 2003. En l'absence d'un épisode dépressif clairement constitué, comme démontré dans l'expertise du COMAI en 2005, il y a lieu de retenir que la symptomatologie dépressive s'est développée dans le contexte du trouble douloureux chronique de façon progressive et en parallèle. Cela étant, Dresse K\_\_\_\_\_ conteste qu'il y ait une comorbidité psychiatrique au sens jurisprudentiel. Elle nie aussi la présence des autres critères permettant d'accorder un caractère invalidant à la symptomatologie douloureuse.

### **E. 31**

Sur la base de l'avis médical précité, l'intimé persiste dans ses conclusions dans ses écritures du 26 novembre 2012.

### **E. 32**

A la même date, la recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1er février 2009, en se fondant sur l'expertise bidisciplinaire judiciaire.

### **E. 33**

Sur ce, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue 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 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Suite au renvoi de la cause à la Cour de céans par

le Tribunal fédéral, l'objet du litige demeure le taux d'invalidité de la recourante. 3. 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. 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

A/315/2010 - 12/17 - 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). 4. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à

A/315/2010 - 13/17 - profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les

références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 6. Pour l'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - leur caractère invalidant. De tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). 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 a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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 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. 4.2.2 p. 71).

A/315/2010 - 14/17 - 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], 4ème 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). 7. a) En l'espèce, l'expertise bi disciplinaire judiciaire conclut, sur le plan somatique, à une incapacité de travail de 10% en raison principalement des séquelles des interventions chirurgicales et des lombalgies. Les limitations sont le port de charges de plus de 5 à 7 kg. b) Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail est de 40%. Ce taux doit être augmenté à 50%, compte tenu de l'interaction du tableau douloureux chronique avec les limitations psychiques, selon l'expert psychiatre. Étant en présence d'une symptomatologie douloureuse qui est en grande partie sans substrat organique, il y a lieu d'examiner si les critères du Tribunal fédéral sont remplis pour attribuer à cette symptomatologie à un caractère invalidant. Il convient en premier lieu de déterminer si l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique peut être

considéré comme un diagnostique séparé de la fibromyalgie. Tel est l'avis du Dr R\_\_\_\_\_, lequel rejoint sur ce point les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse que la symptomatologie dépressive est clairement antérieure aux douleurs diffuses. Certes, selon la Dresse K\_\_\_\_\_, les premières plaintes douloureuses datent de 1986. Cependant, elle n'étaye pas cette affirmation et celle-ci ne ressort d'aucun document médical. Il est seulement mentionné dans l'expertise du COMAI de 2005 que la recourante "décrit des problèmes gynécologiques depuis 1986 avec des douleurs du bas ventre en augmentation avec les règles, ayant nécessité 5 interventions chirurgicales, la première en 1992 et la dernière le 14.07.2003" (cf page 4 s. de l'expertise COMAI). Or, les douleurs du bas ventre ont un substrat organique indéniable, raison pour laquelle la recourante a dû être opérée à plusieurs reprises. Les douleurs multiples dans toutes les articulations n'étaient apparues que depuis environ deux à trois ans, selon cette expertise, à savoir entre 2002 et 2003. Ce n'est qu'en 2003 que le diagnostic de fibromyalgie a été émis, alors que les premières manifestations de la symptomatologie dépressive remontent à 1997-1999 (cf. expertise judiciaire du 27.10.2012 p. 9).. Toutefois, selon le Dr R\_\_\_\_\_, cette symptomatologie n'a atteint le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10 que depuis février 2008, soit après l'apparition du tableau douloureux chronique. Il convient dès lors de considérer

A/315/2010 - 15/17 - qu'il n'y avait au départ aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Cela étant, il sied d'examiner, si l'aggravation du trouble dépressif est liée à la fibromyalgie. Le 3 septembre 2009, le Dr G\_\_\_\_\_ et Mr M\_\_\_\_\_, psychologue ont attesté que l'état de la recourante s'était aggravé sur le plan psychosomatique et qu'elle présentait des "crises chronique somatisées". Le 15 septembre 2009, ce psychologue et les Dresses F\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont fait état de ce que la recourante souffrait d'une fibromyalgie qui était de l'expression de sa dépression chronique. Dans son rapport du 23 novembre 2009, la Dresse T\_\_\_\_\_ a notamment relevé que l'évolution de l'état dépressif dépendra de celles des douleurs. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ a admis dans l'expertise judiciaire une interaction du tableau douloureux chronique avec les limitations psychiques, en estimant que le taux d'incapacité de travail doit être augmenté de 40 à 50% pour tenir compte de cette interaction. Cela étant, il ne peut être nié que la fibromyalgie et le trouble dépressif, du moins la gravité de celui-ci, sont interdépendants. Partant, de l'avis de la Cour, il n'y a pas lieu de considérer que l'épisode dépressif moyen retenu par le Dr R\_\_\_\_\_ constitue aujourd'hui, par sa sévérité, un diagnostic complètement indépendant de la fibromyalgie. Ainsi, l'épisode dépressif moyen, apparu après les douleurs diffuses dans tout le corps, ne peut être considéré comme une comorbidité indépendante. Le trouble de la personnalité dépendante ne constitue pas non plus une comorbidité importante à la symptomatologie douloureuse diffuse. Cela étant, il y a lieu d'examiner si les autres critères jurisprudentiels sont remplis pour déterminer si la recourante pourrait surmonter par un effort de volonté ses douleurs. En ce qui concerne le critère d'un processus maladif s'étendant depuis des années sans rémission durable, il doit être admis, en présence d'une symptomatologie douloureuse présente depuis environ 10 ans et qui ne peut être soulagée par aucune médication. Toutefois, le critère des affections corporelles chroniques ne semble plus pouvoir être retenu, la recourante se plaignant aujourd'hui essentiellement de douleurs généralisées et non pas de douleurs au ventre. En effet, sa première plainte aux Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ n'était pas ces douleurs, mais des douleurs multiples dans tout le corps. Par ailleurs, la recourante n'ayant plus de menstruations depuis plusieurs années, les douleurs d'endométriose auraient dû disparaître

(cf. expertise du Dr O\_\_\_\_\_ p. 10). Pourtant, elle a affirmé au Dr O\_\_\_\_\_ de souffrir toujours autant de douleurs abdominales. Le Dr E\_\_\_\_\_ a en outre relevé en mai 2007 qu'il n'y avait rien de particulier sur le plan gynécologique à l'examen clinique. Néanmoins, il reste un lourd passé gynécologique et éventuellement des adhérences, pour lesquels le Dr P\_\_\_\_\_ a admis une diminution de la capacité de travail de 10% dans une activité légère sans port de lourdes charges. L'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art doit cependant être admis pour le trouble somatoforme douloureux. S'agissant des contacts sociaux, une perte

A/315/2010 - 16/17 - d'intégration dans toutes les manifestations n'est par contre pas réalisée, la recourante étant en contact avec sa sœur, et la famille de celle-ci ainsi que deux amies. A cela s'ajoute des contacts téléphoniques avec sa famille au Maroc. Enfin, de l'avis de la Cour et conformément aux conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, la recourante présente un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, dans la mesure où elle a dû faire le deuil de la maternité après l'échec d'une fécondation in vitro qui a abouti à une grossesse extra-utérine et à une interruption de celle-ci. A cela s'est ajouté le choc d'avoir été abandonné par son deuxième mari qu'elle aimait, qui s'est remarié par la suite et a eu des enfants avec une autre femme. Les critères jurisprudentiels n'étant que partiellement réalisés, il ne peut ainsi être reconsidéré, d'un point de vue juridique, que la symptomatologie douloureuse, sur laquelle s'est greffé un épisode dépressif de sévérité moyenne, ne soit pas surmontable en l'espèce. Par conséquent, une incapacité de travail y liée ne peut être retenue. Celle-ci est uniquement diminuée de 10% sur le plan somatique, conformément aux conclusions de l'expert rhumatologue. Cela est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 9. Dans la mesure où la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, la Cour de Céans renonce à recevoir un émolument de justice. 10. Le rejette. 11. Dis que la procédure est gratuite.

A/315/2010 - 17/17 - 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.