

## **GE\_GERICHTE ATAS/241/2008 vom 29. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_241\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_241_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/241/2008 du 29 février 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/241/2008 del 29 febbraio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

Par décision du 10 août 2004, l'assureur a alloué à l'assurée une IPAI de 4'860 fr. et cessé le paiement des frais de traitement et indemnités journalières au 1er juillet 2004.

#### **E. 19**

Le 31 août 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Dr N\_\_\_\_\_ attestait encore d'une incapacité de travail totale.

#### **E. 20**

Le 14 septembre 2004, la direction des ressources humaines des HUG a formé opposition à la décision précitée en relevant que son médecin-conseil, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée.

#### **E. 21**

Le 11 octobre 2004, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé qu'il avait examiné l'assurée le 7 septembre 2004 et déclaré celle-ci inapte à remplir sa fonction d'aide-hospitalière suite à l'incapacité de travail attestée par le Dr N\_\_\_\_\_. Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ étaient contestées car celui-ci jugeait, d'une part, de surprenantes les lésions décrites par le Dr N\_\_\_\_\_ suite à l'intervention, d'autre part, la très importante symptomatologie douloureuse n'avait pas été prise en compte et aucun diagnostic n'était posé pour expliquer les douleurs alors que le Dr N\_\_\_\_\_ évoquait une compression/lésion du nerf sous-scapulaire gauche. Il proposait que l'assurée se soumette à une expertise auprès du Dr R\_\_\_\_\_.

#### **E. 22**

Le 11 octobre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 23**

Le 26 novembre 2004, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un avis médical suite à une consultation du même jour. Il retient la présence d'une cervico-trapézalgie gauche, résistante au traitement conservateur correctement conduit et suivi. Sur le plan chirurgical, on ne pouvait que constater l'excellente récupération postopératoire de l'épaule gauche. Il semblerait qu'un bilan neurologique n'avait pas mis en évidence de lésions

- 5/28-

A/3298/2007 nerveuses périphériques. Ainsi, il pensait qu'il fallait maintenant s'orienter vers un bilan rhumatologique, à la recherche d'une pathologie inflammatoire chronique et envisager éventuellement le diagnostic différentiel avec une fibromyalgie.

**E. 24**

Le 30 novembre 2004, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a estimé que l'assurée était incapable de travailler dans toute activité.

**E. 25**

Le 16 décembre 2004, le Dr M\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale dans les anciennes activités.

**E. 26**

Le 6 janvier 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a adressé sa patiente au centre de consultation de la douleur des HUG. Il mentionne qu'en 1997, la patiente a consulté pour une douleur sus-scapulaire droite qui diminuera sous Felden et Dafalgan. Des dorsalgies apparaissent en octobre 1998 avec une douleur récidivante au niveau de l'épaule gauche et un diagnostic de capsulite de l'épaule gauche est retenu en date du 5 octobre 1998. Ces douleurs ne la quitteront plus jusqu'à présent. En 2001, elle avait ressenti une exacerbation des douleurs à l'épaule gauche ayant motivé deux arrêts de travail. En octobre 2002, elle a souffert d'une récurrence des dorsalgies avec douleurs à l'épaule gauche.

**E. 27**

Le 1er mars 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente ne pouvait plus utiliser les deux bras.

**E. 28**

A la demande du Dr M\_\_\_\_\_, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a examiné l'assurée à deux reprises et rendu un rapport le 4 mars 2005. Le diagnostic était celui de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques, non déficitaire, status post suture capsulaire et du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche par arthroscopie le 2 décembre 2004, capsulite de l'épaule gauche diagnostiquée en 1998. La patiente présentait des cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques depuis une chute survenue en décembre 2002. La symptomatologie était actuellement essentiellement composée de douleurs musculaires liées à une contracture musculaire diffuse, plus marquée au niveau des muscles sterno-cleido-mastoïdien G, trapèze G et angulaire de l'omoplate G. D'un point de vue fonctionnel, l'évolution était favorable, avec une bonne récupération de la mobilité de l'épaule gauche.

**E. 29**

Le 26 mai 2005, le Dr T\_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a rendu un avis à la suite d'une consultation du 25 mai 2005. Suite à l'accident, une clinique de douleurs de l'épaule gauche s'était installée et chronicisée jusqu'à l'arthroscopie qui avait,

- 6/28-

A/3298/2007 selon la patiente, péjoré la situation. Il a considéré que la situation actuelle était effectivement consécutive à l'accident de novembre 2002. La clinique évoluait lentement favorablement et n'avait pas fini d'évoluer. Sur le plan de l'examen clinique objectif, il y avait fort peu de déficit et seule la douleur était au premier plan.

**E. 30**

A la demande de l'assureur, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef de clinique et médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, ont

rendu une expertise médicale le 11 juillet 2005. La patiente se plaignait surtout de nualgies gauches ainsi que de douleurs au niveau du muscle trapèze gauche, dans un moindre degré également de dorsalgie ainsi que de douleurs sur la face antéro-latérale du muscle deltoïde ainsi que le long du long chef du biceps. Cette symptomatologie douloureuse était accompagnée d'un manque de force de la main gauche, ainsi que de paresthésies diffuses sur l'avant-bras et la main gauche, sans respect des territoires nerveux. Ces douleurs étaient constantes, accentuées par toute mobilisation active du MSG, et persistent des fois la nuit. La patiente souffrait également de maux de tête modérés mais répétitifs qui étaient soulagés par du Panadol. Les médecins posent le diagnostic de douleurs musculaires sur contracture de la musculature scapulo-thoracique gauche. Ce diagnostic, posé par le centre multidisciplinaire de la douleur, était le plus probable. L'examen clinique ainsi que les examens radiologiques dans les limites de la norme permettaient d'exclure une pathologie gléno-humérale. L'examen ENMG, ainsi que les radiologies de la colonne cervicale et dorsale permettaient d'exclure une compression des structures nerveuses. La palpation douloureuse de la musculature scapulo-thoracique gauche, ainsi que la présence d'une légère contracture du muscle trapèze parlaient en faveur d'une symptomatologie douloureuse purement musculaire. Cette contracture musculaire était probablement due à une déchirure traumatique de ces muscles lors de la chute sur le dos avec probablement un faux-mouvement du MSG, avec cicatrisation respectivement induration des muscles concernés. L'apparition subite et la persistance des douleurs périscapulaires gauches étaient liées à l'événement du 3 décembre 2002. L'assurée souffrait actuellement de douleurs trop importantes pour reprendre son travail comme aide-infirmière ou/et concierge d'immeuble à 100%. Vu que c'est l'épaule non dominante qui était atteinte et que l'épaule droite dominante avait une fonction complètement normale, une activité excluant le port de charge de plus de 5 kilos était à priori envisageable. Ceci correspondait donc à une incapacité de travail que l'on pouvait estimer à 50%.

- 7/28-

A/3298/2007 L'assurée n'avait pas encore bénéficié de tous les traitements conservateurs qui pouvaient être utiles pour des patients souffrant de douleurs musculaires (bains chauds vs fango, cryothérapie, entraînement autogène, massages, voire médecine alternative (acupuncture et relaxation musculaire selon Jakobson), ainsi qu'un traitement médicamenteux avec des antidépresseurs à faible dose. Par ces mesures conservatrices, la symptomatologie douloureuse pouvait être atténuée et l'assurée pourrait éventuellement reprendre une activité professionnelle adaptée.

### **E. 31**

Par décision du 20 juillet 2005, l'assureur a annulé la décision du 10 août 2004 et pris en charge le cas pour une incapacité de travail à 50%. Il a informé l'assurée qu'une expertise médicale sera organisée à moyen terme pour observer l'amélioration prévue par les experts suite aux mesures conservatrices indiquées.

### **E. 32**

Les 25 juillet et 26 août 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté de la persistance des douleurs.

### **E. 33**

Le 29 août 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation des douleurs et une diminution de la mobilité de l'épaule gauche.

**E. 34**

La Régie Y \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 août 2005.

**E. 35**

Le 1er septembre 2005, le Dr O \_\_\_\_\_ a relevé que la patiente souffrait d'une névralgie faciale, acouphènes, cervicalgies et des douleurs post-opératoires à l'épaule gauche pour lesquelles elle avait déjà consulté en mai 2004 sans aucun signe lésionnel radiculaire à l'ENMG. A l'heure actuelle, les douleurs étaient concentrées près de l'oreille, aggravées par la mastication et plus diffuses dans la région du cou et de l'épaule. Il proposait dans un premier temps, de considérer que la douleur venait de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et une approche par acupuncture.

**E. 36**

Le 12 septembre 2005, l'assurée, représentée par la CAP, a requis de l'assureur le versement d'indemnités journalières à 100% depuis le 1er juillet 2004.

**E. 37**

A la demande de l'assureur, le Dr U \_\_\_\_\_ a précisé le 20 décembre 2005 que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% dès le 7 avril 2005.

**E. 38**

Le 23 janvier 2006, le Dr M \_\_\_\_\_ a attesté d'un syndrome d'algodystrophie de l'articulation maxillo-mandibulaire depuis octobre 2005 et le 20 février 2006, il a attesté de la présence d'un état dépressif et du fait que l'assurée ne pouvait pas utiliser ses bras.

- 8/28-

A/3298/2007

**E. 39**

Le 27 avril 2006, le Dr V \_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a rendu, à la demande de l'assureur, une expertise médicale. Il a ordonné une scintigraphie osseuse du 9 mai 2006 laquelle conclut à la présence d'un foyer actif dans la partie gauche maxillaire supérieur dont l'origine pourrait être dentaire, asymétrie de l'activité au niveau des articulations acromio-claviculaires en faveur du côté droit représentant vraisemblablement une modelage arthrosique dégénératif. La patiente souffrait toujours de ses douleurs. Elles étaient présentes dans la région du muscle trapèze, qui était souvent induré, occasionnant des blocages matinaux. Des brûlures étaient parfois ressenties au niveau du trapèze. Il existait aussi des douleurs péri- scapulaires, plutôt sous forme de coups de marteau. Cette symptomatologie était continue, même nocturne. Elle était toujours associée à des douleurs de l'hémiface gauche et à des céphalées. Régulièrement, la patiente disait que son visage était tuméfié. Le bras gauche était enflé en permanence. Les dysesthésies du membre supérieur gauche persistaient. Parfois, le matin, l'assurée avait l'impression d'avoir un membre fantôme. Les douleurs s'aggravent au port de charges, même minimales. Après 45 minutes de repassage, fait avec la main droite, elle devait s'arrêter en raison de douleurs péri-scapulaires gauches. Elle fait quelques tâches ménagères. Elle annonçait une fatigabilité exagérée. Il pose les diagnostics de "status 3 ½ ans après contusion cervico-dorsale (et peut-être de l'épaule gauche), status 2 ½ ans après arthroscopie de l'épaule gauche pour traitement d'une lésion capsulo-labrale antérieure, cervico-dorso-scapulo- brachialgies gauches d'origine indéterminée et probable arthrose

acromio-claviculaire droite débutante". Il poursuit en relevant que "l'examen clinique actuel ne révèle pas de signes d'épargne du membre supérieur gauche. Il n'y a non plus pas de contractures musculaires significatives, ni adhérences profondes, ni cordons cicatriciels. En revanche, on objective une très nette hypersensibilité à la pression, dépassant très largement la zone scapulaire gauche (s'étalant vers la zone pectorale et même jusqu'au coude). La mobilité articulaire est également préservée. Il existe, tout au plus, un discret conflit sous-acromial, bilatéral. La coiffe des rotateurs est en continuité. Il n'y a pas de laxité gléno-humérale pathologique. (...) Sur la base de ces éléments, on ne peut que revenir sur la très nette discrétion entre les éléments objectifs, on ne peut plus rassurants et, les éléments subjectifs, présents de manière floride. Ceci laisse songeur, cette discrétion fait clairement craindre la présence de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, la responsabilité de ces facteurs paraissant prépondérante, voire même exclusive. (...) Nous ne pouvons pas exclure un état fibromyalgique chez cette patiente qui présente une très nette hypersensibilité à la pression, la zone douloureuse dépassant très largement les

- 9/28-

A/3298/2007 entités anatomiques évoquées jusqu'à maintenant, les trigger-points étant désormais multiples. Le tout, chez une patiente présentant une surcharge psychogène manifeste. Le tableau actuel de cette patiente est dominé par une multitude d'éléments de non organicité (importante hypersensibilité au toucher, dysesthésies chroniques sans substrat neurologique, impression de membre fantôme ou d'enflure permanente du même membre), qui semblent à l'écart des éléments anatomopathologiques connus. Aussi, une autre raison qu'orthopédique (mais aussi neurologique) doit être recherchée pour rendre comptes des plaintes alléguées. Pour les seules suites de l'événement du 3 décembre 2002 (contusion dorso-lombaire et peut-être de l'épaule gauche), le status quo ante aurait dû être considéré comme retrouvé, à l'issue d'une période maximale de 3 mois. Si on admet, à l'extrême limite, une relation causale entre ledit événement et l'arthroscopie du 2 décembre 2003, intervention qui n'a pas laissé de séquelle objectivable, alors le status quo ante aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai post-opératoire maximal de 6 mois. Au-delà, l'évolution de cette patiente a très certainement été régie par les facteurs extra-anatomiques précités, indépendants de l'événement du 3 décembre 2002". Enfin, la capacité de travail était entière, en relation avec l'accident depuis juillet 2004.

#### **E. 40**

Par courrier du 12 juin 2006, l'assureur a informé l'assurée qu'il n'intervenait plus en sa faveur depuis le 27 avril 2006.

#### **E. 41**

Le 30 juin 2006, l'assurée a relevé que l'avis du Dr V \_\_\_\_\_ était contradictoire avec celui des Drs R \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_ et demandait à ce que ceux-ci se prononcent sur l'expertise du Dr V \_\_\_\_\_.

#### **E. 42**

Le 4 juillet 2006, l'assureur a autorisé l'assurée à soumettre l'expertise du Dr V \_\_\_\_\_ aux Drs R \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_.

#### **E. 43**

Le 28 août 2006, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ se sont déterminé sur l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ en critiquant plusieurs points.

**E. 44**

Le Dr. W\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR), a rendu un rapport médical le 31 août 2006. Il diagnostique un trouble somatoforme indifférencié F45.1 sans répercussion sur la capacité de travail. Il s'agit pour lui d'une forme diminuée du syndrome douloureux somatoforme persistant.

**E. 45**

Le 8 septembre 2006, l'assurée a transmis à l'assureur les observations des Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ et requis des indemnités journalières à 100%

- 10/28-

A/3298/2007 du 1er juillet 2004 au 7 avril 2005 puis à 50% ou à défaut, de statuer dès cette date sur son droit à une rente d'invalidité.

**E. 46**

Le 17 octobre 2006, le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise en estimant que l'hypersensibilité à la pression de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale gauche et péri-scapulaire gauche était trop diffuse pour relever des séquelles d'une déchirure musculaire significative, que le tableau clinique de l'assurée était dominé par une multitude d'éléments de non-organicité, que l'importante hypersensibilité au toucher, l'extension de la symptomatologie au-delà de la zone contusionnée, ainsi que les dysesthésies chroniques sans substrat neurologique du membre supérieur et l'impression d'un membre fantôme ou d'enflure permanente, étaient des éléments subjectifs qui semblaient à l'écart des éléments anatomo-pathologiques connus et que le tableau clinique pouvait très bien relever d'une participation prépondérante, voire exclusive, de facteurs extra- anatomiques, particulièrement chez une patiente souffrant d'une dépression chronique.

**E. 47**

Par décision du 27 octobre 2006, l'assureur a mis fin à ses prestations au 27 avril 2006 en se fondant sur l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ et maintenu le droit de l'assurée à une IPAI de 5%.

**E. 48**

Le 29 novembre 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision en se référant à l'avis des Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_.

**E. 49**

Par projet de décision du 13 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'après analyse des éléments médicaux du dossier, le SMR était d'avis qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique. Hormis pour une période d'incapacité de travail totale admise du 1er décembre 2003 au 1er juillet 2004, la capacité de travail exigible était de 100% dans les activités habituelles d'aide-soignante et de concierge.

**E. 50**

ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.  
b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus

tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 -

- 18/28-

A/3298/2007 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). 7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004 : art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la

- 19/28-

A/3298/2007 référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment

du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

- 20/28-

A/3298/2007 directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). 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 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en

- 21/28-

A/3298/2007 général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) 9. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss 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 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais

- 22/28-

A/3298/2007 doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. 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). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). 10. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (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 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

- 23/28-

A/3298/2007 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au

travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

- 24/28-

A/3298/2007 d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 11. Dans le cas d'espèce, du point de vue psychiatrique, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté en décembre 2006, soit quelques mois après le rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du SMR, que la recourante souffrait d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse, subordonnée à la douleur et le 10 octobre 2007 que l'incapacité de travail était totale, sans indiquer depuis quelle date. La recourante a elle-même précisé en audience de comparution des parties qu'elle avait développé une dépression postérieurement à l'examen du Dr W\_\_\_\_\_. Il se justifie, au vu de ces éléments, d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire. Quant à l'aspect somatique, il existe des avis médicaux divergents : Le Dr P\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était de 100 % dès le 1er juillet 2004. Le

Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé cette appréciation en précisant que la capacité de travail de la recourante était de 100 % dans l'activité habituelle depuis le 1er juillet 2004 jusqu'au 31 août 2006, de 80 % dès le 1er septembre 2006 et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1er juillet 2004. Le 27 avril 2006, le Dr V\_\_\_\_\_ a également considéré qu'il existait une capacité de travail entière depuis juillet 2004 mais en précisant qu'elle était en relation avec l'accident. Par ailleurs, les Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont quant à eux estimé que l'incapacité de travail était totale au-delà du 1er juillet 2004. Par la suite, soit le 11 juillet 2005, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ ont attesté d'une incapacité de travail totale dans les anciennes activités et de 50 % dans une activité adaptée dès le 7 avril 2005.

- 25/28-

A/3298/2007 Au vu de ces avis médicaux divergents, une expertise rhumatologique judiciaire se justifie également. 12. Cette expertise pluridisciplinaire sera confiée à la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève, département de psychiatrie adulte, chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

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