

GE_GERICHTE ATAS/266/2008 vom 5. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_266_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/266/2008 du 5 mars 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/266/2008 del 5 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente de l'assurance- invalidité doit être examiné à la lumière des anciennes dispositions légales pour la période antérieure au 1er janvier 2003 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

E. 3

Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de 30 jours dès la notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par analogie (art. 60 al. 2 LPGA), les délais en jours fixés par la loi ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement. En l'occurrence, selon la copie de l'enveloppe produite par la recourante, il apparaît que la décision datée du 5 avril 2007 lui a été notifiée par pli recommandé du 16 avril 2007. Le délai de recours a donc commencé à courir au plus tôt le 18 avril 2007, soit après la fin du délai de

A/1935/2007 - 7/12 - suspension après Pâques, de sorte que le recours interjeté le 16 mai 2007 dans la forme prescrite est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et par conséquent sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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). 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). 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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.

E. 6

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). Il convient de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour

A/1935/2007 - 8/12 - éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais

bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 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).

E. 7

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 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 298 consid. 4c in fine).

E. 8

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 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

A/1935/2007 - 9/12 - 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 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). 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 70 consid. 4.1). 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], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et

A/1935/2007 - 10/12 - 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 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 9

En l'espèce, il résulte du dossier médical que du point de vue rhumatologique, la recourante souffre de lombosciatalgies chroniques ainsi que de douleurs dans l'épaule gauche. Les médecins ont retenu le diagnostic de fibromyalgie. Selon les Drs A_____ et B_____, l'incapacité de travail est de 50 % en raison des douleurs. Sur le plan psychique, le Dr D_____ mentionne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et des attaques de panique. Dans son rapport d'expertise, le Dr C_____ a posé également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, relevant que la recourante présente des dorsalgies chroniques, une hernie discale pré-ligamentaire en L5-S1 vraisemblable et un status après périarthrite scapulo-humérale gauche. L'examen clinique est cependant très rassurant, sans altération des mobilités ostéo- articulaires, si ce n'est au niveau de l'épaule gauche. Selon l'expert rhumatologue, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir des travaux légers, sans port de charges excédant 15 kilos, ni mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au-dessus de la tête, du rachis ou en porte-à-faux, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, la capacité de travail est entière. Concernant les troubles psychiques, plus particulièrement l'état dépressif et les troubles anxieux, il se réfère à l'appréciation de l'intimé quant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Eu égard au diagnostic de trouble somatoforme douloureux sous forme de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a préconisé une expertise psychiatrique. Le Dr E_____, dans son rapport du 27 décembre 2004, a posé le diagnostic d'état dépressif réactionnel n'entraînant aucune limitation de la capacité de travail. Quant au Dr F_____, il retient

dans son rapport du 22 décembre 2005 les diagnostics d'autres épisodes dépressifs et de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités soit physiques, soit psychologiques. L'emploi exercé auparavant devrait pouvoir, sous traitement psychiatrique, être porté à un plein temps. Sur le plan psychique en effet, théoriquement, un travail à plein temps est possible. Il n'a pas constaté de péjoration de l'état psychique depuis l'expertise du Dr E_____. Dans son deuxième rapport d'expertise psychiatrique du 24 février 2007, le Dr F_____ conclut, après avoir examiné la recourante, que les troubles psychiques ne sont pas graves, qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale, que l'assurée n'est pas empêchée actuellement d'assumer un emploi à mi- temps et que d'autres activités sont exigibles à plein temps dans un emploi adapté. Force est donc de constater, que de l'avis des experts, la recourante présente du point de vue rhumatologique et psychique, une capacité de travail totale tant dans

A/1935/2007 - 11/12 - l'activité antérieure que dans une activité adaptée. Le Tribunal de céans relève que les rapports des experts ont pleine valeur probante, de sorte qu'il n'a aucune raison de remettre en cause leurs conclusions claires et bien motivées. Le rapport produit par la recourante en cours de procédure ne saurait conduire à une appréciation divergente, dès lors que le juge doit se prononcer sur la base des éléments existant lors de la décision litigieuse.

Il s'ensuit que la recourante n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 10

Mal fondé, le recours doit être rejeté. L'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1935/2007 - 12/12 -

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