

GE_GERICHTE ATAS/283/2003 vom 27. November 2003

GE Cour de justice, 2003-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_283_2003

FR: GE_GERICHTE ATAS/283/2003 du 27 novembre 2003

IT: GE_GERICHTE ATAS/283/2003 del 27 novembre 2003

Erwägungen

E. 1

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

E. 6

octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et qui a entraîné des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et de son règlement (RAI), n'est pas applicable en l'espèce, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur au moment de la décision dont est recours. 2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce. 3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 alinéa 1 LAVS alors applicables.

- 8/14-

A/1492/2001 4. La question litigieuse en l'espèce est de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et notamment à une rente partielle. 4.1 L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle

mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 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 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Dans un arrêt récent non publié (ATFA du 9 septembre 2003 en la cause I 423/03), le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, lorsqu'il s'était agi d'évaluer l'invalidité d'assurés souffrant de fibromyalgie, la jurisprudence s'était parfois inspirée des principes (cf. VSI 2000 p. 154-155 consid. 2c, 160-161 consid. 4b) qui s'appliquent pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (voir les arrêts P. du 10 mars 2003, I 721/02. consid. 3 et A. du 9 octobre 2001, I 229/01, consid. 4). Le Tribunal fédéral s'était alors

- 9/14-

A/1492/2001 référé à l'opinion de D., médecin-chef du Service ambulatoire de la Clinique X., qui estimait que la fibromyalgie pouvait être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (« Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ? », in : Revue médicale de la Suisse Romande 2001, p. 443 ss, sp. 446). La question de savoir si ces principes pouvaient s'appliquer tels quels en cas de fibromyalgie avait été laissée indécise, dès lors qu'un cumul de critères au sens de la jurisprudence n'était de toute manière pas réalisé. Des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon Mosimann, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 155, ATFA n° I 229/01 Mh du

E. 9

octobre 2001). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de

- 10/14-

A/1492/2001 justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, il faut encore que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346). Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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). Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail - dans une activité exigible - d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise ; En effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03, ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

- 11/14-

A/1492/2001 Enfin, il sied encore de rappeler que selon la jurisprudence, les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504). 4.2 En l'espèce, le

rapport du COMAI répond aux exigences posées par la jurisprudence et ne saurait dès lors être remis en question. En effet, il contient tous les éléments de réponse nécessaires permettant de retenir la nature invalidante atténuée du trouble somatoforme douloureux dont la recourante est atteinte.

Si certains critères retenus par la jurisprudence plaidant en faveur du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont présents, d'autres critères importants font en revanche défaut. Ainsi, l'assurée ne souffre pas d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides et ne présente aucune comorbidité psychiatrique. Le docteur FREI relève en effet qu'il n'y a « pas d'altérations délirantes ou de troubles de la perception, pas de troubles du moi ou de la personne » (traduction rapport, p. 2). En outre, bien qu'elle ait cessé de travailler depuis 1995, il n'y a pas eu perte d'intégration sociale, le docteur C_____ ayant mentionné que « la situation se reflète dans la vie de famille quotidienne, que la patiente qualifie malgré tout de bonne globalement. En fait, l'entente est plus que satisfaisante » (traduction rapport, p. 15-16).

A la lecture du rapport, le taux global d'incapacité de travail retenu semble en totale adéquation avec les observations médicales faites par les différents praticiens et les symptômes présentés par l'assurée. 4.3 C'est également en vain que la recourante conteste le fait que le taux global de 25 à 30 % retenu dans les conclusions du rapport SAMAI. Au vu de la jurisprudence claire rappelée ci-dessus, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise. Dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par la recourante et leurs interférences possibles, elle paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail. 4.4 L'assurée fait encore valoir que son état de santé s'est péjoré depuis l'expertise réalisée en 1999 et produit plusieurs certificats médicaux à l'appui de son argumentation.

Ainsi que l'a relevé l'OCAI, l'avis du docteur A_____ ne saurait être pris en compte, dès lors que cette praticienne se rapporte à des faits postérieurs à la décision litigieuse et que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des

- 12/14-

A/1492/2001 décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Quant à l'avis du docteur P_____ du 28 mai 2001 selon lequel, depuis septembre 2000, l'état de santé de l'assurée s'est péjoré, il ne contredit pas les conclusions du rapport d'expertise puisque les médecins ont mentionné : « si on observe sa situation [de l'assurée] au cours des dix ou onze dernières années, on peut constater des rechutes récidivantes (traduction rapport, p. 29) ». Le médecin explique par ailleurs que le trouble alimentaire dont souffre la patiente existe depuis 15 ans environ. Le psychologue Q_____ des HUG a en outre souligné que l'intéressée l'avait consulté pour un problème de boulimie dès avril 1999, soit antérieurement à l'expertise COMAI, qui en a donc tenu compte (traduction rapport, p. 15). En ce qui concerne les certificats médicaux du docteur O_____, on relèvera au surplus que celui-ci considère l'évolution de la santé de sa patiente comme stationnaire (courrier du 24 avril 2002). Au vu de ces éléments, il

apparaît que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis l'expertise SAMAI. Cela étant, c'est à juste titre que l'Office intimé a retenu une incapacité de travail de 25 à 30 % dans le cas de la recourante. 5. Il reste à déterminer à présent le taux d'invalidité de l'assurée. L'article 28 alinéa 2, à mettre en parallèle avec l'article 4 LAI, prévoit que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. En ce qui concerne le calcul de l'invalidité lui-même, il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles. 5.1 L'OCAI a fixé le taux d'invalidité de la recourante à 25 – 30 %. Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, cette manière de faire n'est pas critiquable, dès lors que la situation est claire et que le docteur N_____ a expliqué que « la patiente présentait une incapacité de travail de 25 % au maximum, quel que soit le

- 13/14-

A/1492/2001 type de travail ». Il a encore ajouté « je pense aux activités exercées précédemment, comme caissière-vendeuse ou employée de banque. Même pour l'activité exercée actuellement – de femme au foyer – il convient de retenir ces mêmes limitations (traduction rapport, p. 10) ». Dans leurs conclusions globales, les médecins du COMAI ont également relevé : « Aux fins de l'assurance- invalidité, l'assurée présente, aussi bien pour sa profession d'employée que pour ses activités au foyer, une incapacité de travail globale de 25 %, maximum 30 % (traduction rapport, p. 27). C'est le lieu de rappeler que c'est à bon droit que l'OCAI n'a pas procédé à une enquête économique sur le ménage dans le cas de la recourante dès lors que, selon le Tribunal fédéral des assurances, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue plus un moyen de preuve approprié pour estimer le degré d'invalidité en cas de maladie psychique. En effet, lors de maladies psychiques, pour l'évaluation de l'invalidité d'une femme au foyer, les appréciations médicales ont plus de poids que les explications sur place (ATFA non publié du 9 novembre 1987, consid. 3 en la cause I 277/87). C'est dès lors à juste titre que le taux d'invalidité a été fixé à 25 %, voire à 30% au maximum, par l'Office intimé. Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 3 mai 2001 confirmée.

- 14/14-

A/1492/2001

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