

# **GE\_GERICHTE ATAS/312/2009 vom 12. März 2009**

GE Cour de justice, 2009-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_312\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_312_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/312/2009 du 12 mars 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/312/2009 del 12 marzo 2009

## **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'article 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**

Déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable.

### **E. 3**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

A/2119/2008 - 7/13 - En l'espèce, la décision litigieuse, du 9 mai 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 4**

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit

administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

#### **E. 5**

Est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité (partielle selon ses conclusions) et à des mesures de réadaptation professionnelle.

#### **E. 6**

a) 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). 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). Ainsi, 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). b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/2119/2008 - 8/13 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation

consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

#### **E. 7**

En l'espèce, il est constant que les problèmes affectant la santé de la recourante sont d'ordre psychiatrique (trouble somatoforme douloureux persistant ou fibromyalgie, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur (épisode dépressif, dysthymie). L'intéressée a certes fait état, lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 4 décembre 2008, de la découverte d'une hernie discale cervicale et d'un dessèchement des disques cervicaux. Cela étant, dans la mesure où ces affections ont été diagnostiquées postérieurement à la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'en tenir compte ( cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). D'autre part, il n'est pas établi qu'elles entraîneraient une incapacité de travail ou A/2119/2008 - 9/13 - des limitations fonctionnelles particulières. Il en va de même de la sacro-illite et de la synovite avec kyste interdistal, ces dernières pathologies n'ayant justifié qu'un bref arrêt de travail ensuite de l'intervention chirurgicale.

#### **E. 8**

LPGA, 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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 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. En outre, dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral (ci-après le TF) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire

A/2119/2008 - 10/13 - et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). 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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). 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 TF, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave

et durable à un trouble

A/2119/2008 - 11/13 - 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 et les références citées).

## **E. 9**

La recourante a été examinée dans le cadre d'une expertise psychiatrique par le Dr R\_\_\_\_\_ qui a conclu à un trouble somatoforme douloureux persistant associé à une dysthymie et à une personnalité présentant des traits passifs dépendants et à une incapacité de travail de 50 %. Ce médecin précise que l'intéressée ne présente aucun élément psychotique, ni signe de trouble dépressif. La dysthymie diagnostiquée, et documentée par les observations cliniques, est en effet un trouble de l'humeur affectif et non un trouble dépressif proprement dit, dont il n'atteint pas le degré de gravité (cf. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10], publiée par l'OMS ; cet ouvrage de référence spécifie en effet qu' « aucun ou presque aucun des épisodes isolés de dépression survenant au cours d'une période de deux années de dépression constante ou constamment récurrente ne sont d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger). Par conséquent, on ne saurait évoquer cette pathologie en tant que comorbidité psychiatrique grave au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. Quant aux traits de personnalité dépendante, la position de l'expert n'est pas très claire. Il mentionne une personnalité à traits passifs dépendants, mais codifie son diagnostic sous la référence du trouble de personnalité dépendante (F60.7), diagnostic repris par la psychiatre traitante. Peu importe, en fin de compte, qu'il s'agisse d'un véritable trouble de la personnalité ou de simples traits, car on ne voit pas - et ce n'est au demeurant relaté ni par l'expert, ni par la psychiatre traitante - en quoi une telle pathologie présenterait les critères de gravité restreignant la capacité de travail. Il n'est pas non plus relaté que cette pathologie serait nouvellement survenue, en parallèle au développement du trouble somatoforme douloureux, ni qu'elle influencerait sur la capacité de travail. L'expert ne fait, à ce propos, état que d'un émoussement des facultés de résilience et d'un épuisement progressif et ajoute (p. 4 du rapport) qu'en ce qui concerne le trouble de personnalité, les échelles de Morey sont dans les limites de la norme et ne montrent pas de signe clinique particulier. On peut faire, à peu de choses près, le même constat en ce qui a trait au diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse avancé par la psychiatre traitante. De toute manière, même si l'expert mentionne des traits ou comportements qui vont dans le sens de ce diagnostic, il ne le retient pas et la Dresse T\_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi les critères en seraient remplis. L'avis de cette praticienne est au demeurant fort succinct, ne repose pas sur une analyse détaillée de la problématique posée par sa patiente et ne se prononce pas sur la capacité de travail de cette dernière, de sorte qu'il ne saurait de toute évidence pas emporter la conviction ni remettre en question les conclusions diagnostiques posées par l'expert R\_\_\_\_\_. On peut déduire de ce qui précède que l'intéressée ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

A/2119/2008 - 12/13 - Pour le surplus, l'expert psychiatre ne s'est pas prononcé, il est vrai, sur tous les critères déterminants en matière d'évaluation du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. Cela étant, l'expertise rédigée par le Dr R\_\_\_\_\_ contient suffisamment d'éléments pertinents, additionnés à ceux ressortant des autres documents médicaux au dossier, pour se convaincre, dans le cas particulier, de l'absence d'influence

d'une quelconque affection d'ordre psychique sur la capacité de travail de la recourante dans une activité professionnelle. En substance, l'expert n'a pas relevé que la recourante aurait une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides. Mis à part une sacro-illite minime et sans répercussion directe sur la capacité de travail, aucune affection corporelle chronique n'est démontrée. La recourante maintient des liens avec sa famille qui la soutient moralement et financièrement, ainsi qu'avec certains amis et voisins. Si elle ne connaît que peu de monde dans sa commune de domicile, il n'est pas démontré (ni même allégué) que cela soit en raison de sa maladie. Enfin, elle tient son ménage et continue à sortir de chez elle (déplacements en voiture, promenades et courses). Le contexte psychosocial ne peut donc pas être qualifié de mauvais et il n'y a pas de perte d'intégration sociale majeure au sens de la jurisprudence. L'état psychique n'est de loin pas cristallisé, ayant évolué récemment aux dires de la psychiatre traitante sous l'influence d'un changement de médication. Ceci démontre également l'absence d'échec de l'ensemble des traitements. Aucun des critères fixés par la jurisprudence n'étant présentement réalisé, de surcroît chez une assurée jeune (moins de 40 ans), il peut être exigé de cette dernière qu'elle fournisse un effort de volonté pour reprendre son activité professionnelle, ce d'autant plus que l'expert psychiatre relate des capacités à s'habituer à un rythme de travail, à s'intégrer dans un réseau social et des facultés adaptatives encore bien présentes. Il suit de ce qui précède que le caractère invalidant de la fibromyalgie, respectivement du trouble somatoforme douloureux doit être nié selon les critères applicables dans le domaine de l'assurance-invalidité. Partant, aucune incapacité de travail ne saurait être reconnue et la décision de l'intimé, en ce qu'elle rejette la demande de prestations faute d'affection invalidante, ne peut qu'être confirmée. Cela étant, il convient de rendre attentive la recourante au fait qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations, pour autant que les affections relatées dans le cadre de la présente procédure de recours (hernie cervicale notamment), voire d'autres, constituent une aggravation de son état de santé par rapport au moment déterminant de la décision dont est présentement recours, ce qu'il lui appartiendra de démontrer.

#### **E. 10**

La recourante, qui succombe, plaide au bénéfice de l'assistance juridique. Dans ces circonstances, il est renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

A/2119/2008 - 13/13 -

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