

GE_GERICHTE ATAS/399/2010 vom 20. April 2010

GE Cour de justice, 2010-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_399_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/399/2010 du 20 avril 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/399/2010 del 20 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). 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 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 20 juin 2008 et la décision litigieuse date du 11 août 2009. Par conséquent, d'un 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, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008, dans la mesure A/3200/2009 - 7/12 - de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le fait de déterminer si la fibromyalgie dont souffre l'assurée est invalidante.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré

sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). b) Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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 pathogenèse claire 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 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en

A/3200/2009 - 8/12 - matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). c) Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une

expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

A/3200/2009 - 9/12 - importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 351 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale nécessaire de mettre en

œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

A/3200/2009 - 10/12 - 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 la maxime 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). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en 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). L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

E. 6

Dans le cas d'espèce, le diagnostic de fibromyalgie est admis et établi. Reste à déterminer si la présomption confirmée à répétitions reprises par le Tribunal fédéral selon laquelle l'assuré peut surmonter cette affection ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible est infirmée ou non par la présence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. En premier lieu, s'agissant des exigences formelles de la jurisprudence, l'OAI a mis en œuvre un examen bi disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, de sorte qu'il n'est pas critiquable sur ce point. Le Dr L _____ a d'ailleurs confirmé l'intensité des douleurs, indiquant que la patiente en était presque réduite à l'usage d'une chaise roulante, de sorte que l'effet invalidant de la fibromyalgie devait être analysé par un psychiatre. En second lieu, l'anamnèse du SMR révèle une éventuelle contradiction dans les dates mentionnées, car l'assurée serait arrivée en Suisse en 2003 seulement, mais aurait alors déjà vécu 6 ans avec son conjoint (dont elle a un enfant en 1995), lequel est propriétaire de son restaurant à Genève, ce qui démontre qu'il y vit depuis longtemps. Elle aurait déjà fait un stage dans ce restaurant en 2002. Or, la détermination précise de l'arrivée effective de l'assurée à Genève pourrait être importante, compte tenu des violences conjugales alléguées et afin de tenir compte l'intensité de la vie sociale de l'assurée avant 2007.

A/3200/2009 - 11/12 - En troisième lieu, les conclusions des médecins du SMR et des HUG, mandatés par le médecin de la patiente, mais sans être eux-mêmes des médecins traitants, divergent sur deux aspects déterminants, s'agissant d'analyser les facteurs qui pourraient renverser la présomption posée par le Tribunal fédéral. D'une part, le SMR exclut la présence d'une dépression majeure, alors que les HUG retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. D'autre part, les HUG indiquent un isolement progressif social, l'assurée n'ayant pas de famille, sauf ses enfants, à Genève alors que le SMR retient d'abord que l'assurée est bien entourée par sa famille, pour conclure ensuite que l'on ne peut pas retenir de perte de vie sociale car celle-ci était déjà presque inexistante.

Il y a là une contradiction entre les faits retenus par les divers médecins, mais aussi dans le raisonnement du SMR. A cet égard, on a l'impression que le rapport du SMR du 31 octobre 2008 (cf. page 7) se contente d'affirmer que l'examen clinique permet d'exclure l'un après l'autre tous les critères de la jurisprudence du Tribunal Fédéral, sans expliciter de lien entre ces affirmations et l'examen clinique, cette analyse quelque peu légère semble ensuite confirmée par le dernier avis du SMR, qui indique que c'est en l'absence d'éléments psychiatriques clairs que son avis initial est confirmé. Certes, les médecins du SMR et le Dr L. _____ sont concordants s'agissant du mode démonstratif de l'assurée et le trouble dépressif mentionné par les HUG n'est que de gravité moyenne, ce qui incite à exclure la présence d'un facteur d'une gravité suffisante pour que la fibromyalgie soit invalidante. Toutefois, on doit en l'état retenir que certains éléments tendent à démontrer le contraire, car l'assurée est demandeuse de soins, elle est compliant, elle croit sincèrement être atteinte d'une maladie grave, les douleurs décrites sont compatibles avec le comportement observé par le Dr L. _____ et les HUG (mais pas avec celui relevé par le SMR), les intenses douleurs alléguées sont assez précisément décrites, et l'environnement social de l'assurée semble bien se réduire aux contacts avec ses trois enfants.

E. 7

Ainsi, et en raison des doutes suffisants qui subsistent quant au caractère invalidant de la fibromyalgie, le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il ordonne une expertise psychiatrique dans un COMAI ou auprès d'un autre expert indépendant, compte tenu des lacunes et contradictions de l'expertise du SMR et du rapport complémentaire des HUG qui aurait du conduire l'OAI à instruire plus avant. La recourante, qui n'obtient que partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure limitée à 1'500 fr., à charge de l'OAI, qui supporte également l'émolument fixé à 200 fr.

A/3200/2009 - 12/12 -

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