

GE_GERICHTE ATAS/400/2008 vom 8. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_400_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/400/2008 du 8 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/400/2008 del 8 aprile 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'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).

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 24 avril 2007, statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'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

A/2007/2007 - 6/12 - 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).

E. 6

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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 A/2007/2007 - 7/12 - in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, 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 (ATF 132 V 65).

E. 7

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). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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

A/2007/2007 - 8/12 - (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 8

En l'espèce, le Dr A _____, médecin traitant, a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de cervicobrachialgie, d'une hernie discale C5-C6 de petite taille et de protrusion C6-C7. Ces diagnostics ont été confirmés par le Dr C _____, mandaté comme expert par l'OCAI. Les deux médecins sont d'accord pour estimer que l'assurée est incapable de travailler à 100% dans son activité de femme de ménage / nettoyeuse. Ils partagent également le même avis

quant à la capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée, soit une activité sédentaire pouvant être exercée en position assise ou assise-alternée, au moins à 50%. Lors de son audition, le Dr C_____ a précisé que, du point de vue somatique, l'incapacité était de 40% et globalement, de 50%. Il a ajouté à la liste des limitations fonctionnelles celle consistant à éviter de travailler à une table, la tête baissée.

E. 9

Quant à la fibromyalgie, il y a lieu de relever que, de manière générale, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 24 août 2005, I 752/04, consid. 5.4). En conséquence, il convient tout d'abord d'examiner s'il existe une telle comorbidité psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 2 juin 2006, le Dr C_____ a relevé que l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive consécutive à son affection rhumatismale. Entendu par le Tribunal de céans, il a précisé qu'il entendait par ce trouble un état dépressif très léger. On ne saurait dès lors assimiler ce trouble à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie.

A/2007/2007 - 9/12 - Selon le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1), le diagnostic d'épisode dépressif ne suffit quoi qu'il en soit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie. En tant que l'assurée souffre de cervicobrachialgie et d'une atteinte tendineuse du sus-épineux droit depuis 2002 environ, l'existence d'affection corporelle chronique est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, le recourant présente une évolution de douleurs depuis environ 2002. Elle ne subit, en revanche, pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2, ATFA non publié du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2 et ATFA non publié du 8 juin 2005, I 361/04). Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisqu'elle ne consulte pas de psychiatre, ce qui démontre que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont même pas été tentées (cf. ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que le médecin du SMR a conclu que la fibromyalgie et l'état dépressif qui lui est associé n'ont pas de caractère invalidant. En conséquence, il n'existe aucun élément médical objectif justifiant d'admettre une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible inférieure à 50% dans une activité adaptée de sorte que le rapport d'expertise du Dr C_____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

E. 10

Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assurée.

E. 11

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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.

A/2007/2007 - 10/12 - A titre préalable, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

E. 12

En l'espèce, l'OCAI a considéré que l'assurée aurait exercé, sans l'atteinte à la santé, une activité lucrative partielle, à raison de 13 heures par semaine, ce qui n'est pas contesté. Le calcul du degré d'invalidité a dès lors été établi sur la base de la comparaison des revenus pour la part qui aurait été consacrée à une activité lucrative, d'une part, et de l'empêchement à accomplir les travaux ménagers, pour la part de non-active, d'autre part.

Dans ses écritures du 18 janvier 2008, l'OCAI a repris le calcul du degré d'invalidité sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

A/2007/2007 - 11/12 - Le calcul auquel il a procédé, s'agissant de la comparaison des revenus, est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. De l'enquête ménagère réalisée le 7 novembre 2006, il résulte un

degré d'empêchement à accomplir les travaux habituels de 6%. L'assurée conteste le résultat obtenu, sans toutefois expliquer quel poste devrait être modifié et pour quel motif. Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'enquêtrice a tenu compte de l'aide que peut apporter l'époux, rentier AI, mais ne souffrant pas d'une pathologie lourde. Force dès lors est de confirmer le degré d'invalidité finalement retenu par l'OCAI, de 19%, degré ne justifiant ni l'octroi d'une rente, ni la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.

E. 13

Aussi le recours doit-il être rejeté, étant à nouveau rappelé que, sur demande motivée à déposer auprès de l'OCAI, l'assurée pourra être mise au bénéfice d'une aide au placement.

A/2007/2007 - 12/12 -

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