

GE_GERICHTE ATAS/424/2009 vom 8. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_424_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/424/2009 du 8 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/424/2009 del 8 aprile 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.

A/2547/2007 - 13/21 -

E. 2

Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne sont pas applicables en l'espèce, la décision litigieuse étant datée du 25 mai 2007, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p).

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.

E. 5

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

E. 6

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1

LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/2547/2007 - 14/21 - 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 294 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 396 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). 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,

A/2547/2007 - 15/21 - 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). 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], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et 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 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 9

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 10

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

A/2547/2007 - 16/21 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art.

61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

A/2547/2007 - 17/21 -

E. 11

a) En l'espèce, la recourante a été soumise par l'intimé à une expertise interdisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Il résulte du rapport d'expertise du 15 septembre 2005 qu'elle n'est pas atteinte de pathologies somatiques invalidantes dans une activité professionnelle adaptée. Selon l'experte psychiatre, la recourante souffre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, d'un épisode dépressif sévère en rémission incomplète, correspondant au moment de l'expertise à un épisode léger à moyen. Elle possède les ressources psychiques pour affronter son état douloureux. Par ailleurs, la marge thérapeutique est restée encore très large, le traitement antidépresseur ayant été diminué de moitié. Cette appréciation sur le plan psychiatrique a été contestée par les médecins traitants de la recourante, les Drs E_____ et A_____. Ce dernier a toutefois admis que,

d'un point de vue purement physique, sa patiente pourrait théoriquement essayer d'exercer une activité légère. Il faisait en outre état d'une aggravation de l'état psychique depuis le début de l'année 2006. Dans la mesure où l'intimée a omis de donner suite à l'injonction du Tribunal de céans de mettre en œuvre une expertise par un expert parlant le turc, la recourante a également été soumise à une expertise psychiatrique judiciaire par le Dr H_____. Celui-ci émet, dans son rapport du 10 novembre 2008, le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. L'expert n'a aucune explication pour la cause de cet état dépressif, à part une blessure narcissique du fait que la recourante a dû arrêter de travailler, alors que cela présentait une valorisation pour elle. Il constate que la recourante présente un grave trouble de la concentration et de l'attention, dans la mesure où elle confond souvent les dates et est peu sûre de la chronologie des événements. La fixation de la mémoire est diminuée. Il note également un ralentissement psychomoteur. Les tests psychologiques effectués montrent un trouble dépressif avec une intensité moyenne à grave. La capacité de travail de la recourante est nulle depuis 1999, selon l'expert judiciaire, son état étant resté identique depuis cette date. Toutefois, le Dr B_____ a constaté sur la base de ses observations cliniques, lors de l'examen de la recourante en date du 1er mai 2002, que celle-ci ne souffrait à ce moment pas d'un trouble thymique. Elle pouvait en effet s'éclairer d'un large sourire à plusieurs reprises durant l'entretien. Même s'il n'a pas retenu une comorbidité psychiatrique, le Dr B_____ a émis le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, la recourante se plaignant essentiellement de douleurs sans substrat organique suffisant. Quant à la Dresse F_____, elle n'a pas relevé, lors de l'examen de la recourante en juin 2005, un trouble majeur de la concentration ou de la mémoire. L'orientation spatiale était conservée. Cette psychiatre a certes constaté une légère désorientation dans le temps. Cependant, celle-ci était, selon son appréciation, plutôt un signe de désafférentation sociale que d'une dépression. Par ailleurs, elle a

A/2547/2007 - 18/21 - diagnostiqué un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne. Celui-ci n'avait pas, au moment de l'expertise, une répercussion sur la capacité de travail. L'expertise judiciaire ne paraît pas très approfondie, alors même que l'expert a pu s'entretenir avec la recourante dans sa langue maternelle, et ses conclusions sont moins bien motivées que celles de l'expertise multidisciplinaire du 15 septembre 2005, ainsi que de l'expertise de la CRR. Très souvent, l'expert judiciaire se contente de faire précéder ses appréciations par l'adjonction "à notre avis", sans étayer dans une plus ample mesure son avis médical. L'expert judiciaire n'a pas non plus discuté les conclusions des expertises réalisées, sauf en ce qu'il a relevé que la recourante était éventuellement dans un état dépressif léger lors de l'examen par le Dresse F_____. Ainsi, de l'avis du Tribunal de céans, cette expertise n'a qu'une valeur probante limitée, du moins pour ce qui concerne l'appréciation rétroactive des affections psychiatriques et leur répercussion sur la capacité de travail. Les conclusions de la Dresse F_____ sont à cet égard beaucoup plus étayées et convaincantes. Certes, cette expertise a été réalisée avec l'aide d'une amie qui a servi de traductrice. Cependant, l'anamnèse et les observations sont largement superposables à celles du Dr H_____, sauf en ce que la Dresse F_____ n'a pas constaté de trouble majeur de la concentration ou de la mémoire, ni un ralentissement psychomoteur. Pour ces dernières constatations, il ne semble toutefois pas nécessaire de pouvoir correspondre directement avec l'expertisée dans sa langue maternelle. Les conclusions de cette psychiatre emportent ainsi la conviction du Tribunal de céans. Par conséquent, aucune atteinte psychiatrique invalidante ne sera retenue à la date de l'examen

de la recourante par la Dresse F _____, soit en juin 2005, les facteurs psychosociaux et socioculturels, notamment les difficultés d'acculturation, apparaissant au premier plan et le trouble dépressif diagnostiqué n'étant pas invalidant. b) Se pose cependant la question de savoir si une invalidité doit être reconnue à la recourante en raison du trouble somatoforme dont elle est atteinte. Elle se plaint en effet de très importantes douleurs cervicales limitant la mobilité de la nuque dans tous les plans, de douleurs lombaires basses irradiant dans la jambe gauche (cf. expertise du Centre d'expertise médicale, p. 13). Les experts du Centre d'expertise médicale n'ont pas tenu compte de ces douleurs, sauf pour admettre que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus adaptée, et ont procédé à une appréciation théorique de la capacité de travail sur la seule base des limitations objectivables. Quant aux critères jurisprudentiels précités pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux persistant, une comorbidité psychiatrique importante par sa durée et son intensité ne peut pas être retenue, comme relevé ci-

A/2547/2007 - 19/21 - dessus. En ce qui concerne les autres critères, celui d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie n'est pas réalisée, la recourante étant bien entourée par ses enfants et son mari. Par ailleurs, il ne peut non plus être considéré que la recourante souffre d'affections corporelles chroniques, dès lors qu'elles ne sont pas invalidantes. En effet, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). Concernant le critère d'un état psychique cristallisé, il ne s'agit que d'une hypothèse très vague, en l'absence d'éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) qui auraient pu constituer des indices plaidant en faveur d'un tel état (cf. ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). En outre, le Dr E _____ écarte cette hypothèse, dans son rapport du 2 mars 2009 adressé au Tribunal de céans, dès lors qu'il déclare que le trouble dépressif n'est pas réactionnel à ces évènements de la vie, mais qu'il est endogène. Cela étant, du moins au moment de l'expertise du Centre d'expertise médicale du 15 septembre 2005, un caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne peut pas être admis. c) Néanmoins, il résulte des rapports médicaux postérieurs à cette dernière expertise que l'état psychique de la recourante s'est aggravé. En effet, elle a subi un infarctus en mars 2007 et a été soumise à deux interventions pour la pose de stents coronariens. Selon le rapport du Dr A _____ du 7 décembre 2008, sa peur de mourir, ses angoisses et l'oppression thoracique anxiogène ont alors augmenté. Dans le rapport du 20 août 2008 de l'UPHA, il est rapporté que l'un des fils de la recourante décrit une dégradation cognitive depuis l'infarctus, avec épisodes de confusion et désorientation spatio-temporelle. Enfin, la recourante présente en juillet 2008 un vertige avec chute et perte de connaissance. Un hémisyndrome sensitivo-moteur avec douleurs importantes de l'hémicorps gauche est alors mis en évidence, sans que toutefois une cause somatique puisse être démontrée. La recourante est par la suite hospitalisée au Service de neurologie et à l'UPHA pour investiguer les causes de cet hémisyndrome. Cette dernière unité constate qu'une partie des symptômes présentés est en lien avec des difficultés psychiques. Les médecins diagnostiquent par ailleurs un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un probable syndrome de Ganser (troubles dissociatifs). Au moment de l'expertise judiciaire, le Dr H _____ a également constaté un grave trouble de la concentration et de l'attention, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. Son diagnostic rejoint celui des médecins de l'UPHA. Il appert ainsi qu'à partir de mars 2007, un substrat médical était indéniable et que la gravité du trouble dépressif ne rendait plus

exigible l'exercice d'une activité professionnelle.

A/2547/2007 - 20/21 - Il est vrai que la recourante refuse d'augmenter la dose de l'antidépresseur. Toutefois, l'intimé ne saurait en tirer une conséquence juridique sans avoir mis la recourante au préalable en demeure de se soumettre à un traitement antidépresseur plus conséquent, selon la procédure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA. Au demeurant, la réticence de la recourante paraît compréhensible, celle-ci devant prendre douze médicaments différents par jour, comme cela ressort du rapport du 20 août 2008 de l'UPHA. A cela s'ajoute que les troubles dépressifs avec syndrome somatique sont plus résistants aux traitements. Cependant, au moment de la décision dont est recours, à savoir le 25 mai 2007, une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année à compter de mars 2007 n'était pas réalisée. Partant, l'intimée était fondée de refuser le droit à la rente à la date de la décision litigieuse.

E. 12

Cela étant, le recours sera rejeté. Compte tenu de l'aggravation de l'état psychique, le dossier sera renvoyé à l'intimé pour procéder à une révision.

E. 13

L'intimé obtient ainsi gain de cause. Néanmoins, au vu de son attitude dans le cadre de cette procédure, un émolument de justice de 800 fr. sera mis à sa charge, en application de l'art. 69 al. 1bis LAI. En effet, depuis le 29 juin 2007, l'intimé a dû être enjoint à plusieurs reprises à produire son dossier et à se déterminer. Il ne s'est exécuté qu'en décembre 2007.

E. 14

Par ailleurs, l'intimé a omis de donner suite à l'injonction du Tribunal de céans de mettre en œuvre une expertise psychiatrique par un expert parlant le turc. Aussi se justifie-t-il de mettre à sa charge les frais de l'expertise judiciaire de 3'209 fr. 35.

A/2547/2007 - 21/21 -

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