

GE_GERICHTE ATAS/443/2016 vom 26. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_443_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/443/2016 du 26 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/443/2016 del 26 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

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

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y

A/3144/2014 - 12/18 - a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc 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 et art. 28 al. 2 LAI).

E. 7

En l'occurrence, l'experte rhumatologue a retenu le diagnostic de fibromyalgie (versus trouble somatoforme douloureux), formellement contesté par la recourante.

E. 8

C'est le lieu de rappeler que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

E. 9

Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif

s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit

A/3144/2014 - 13/18 - mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2). Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 10

Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également quant aux atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits

A/3144/2014 - 14/18 - fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290, consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297). Il convient également que les experts se prononcent sur l'existence ou non d'une limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (se manifestant

par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).

E. 11

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. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). 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. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de 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. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), aux syndromes de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008,

A/3144/2014 - 15/18 - consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). S'agissant en particulier des troubles moteurs dissociatifs, le TF a confirmé à plusieurs reprises sa jurisprudence, notamment dans plusieurs arrêts de principe (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13 s.; 137 V 64 consid. 4.2 p. 68; 136 V 279 consid. 3.2.1 p. 282 ; cf. également arrêt 8C_607/2015 du 3 février 2016). On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante : Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

- complexe « atteinte à la santé » : • expression des éléments pertinents pour le diagnostic • succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard • comorbidités

- complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles
- complexe « contexte social » Catégorie « cohérence » (comportement)
- limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie
- poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation)

E. 12

En l'espèce, l'experte rhumatologue a rendu un rapport basé sur une documentation complète et des diagnostics précis, comportant une discussion convaincante des diagnostics retenus et apportant des réponses motivées, exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Elle peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante. Le diagnostic de fibromyalgie contesté par la recourante a été évoqué de manière non catégorique par l'experte - qui a mentionné un différentiel avec un trouble somatoforme douloureux - en raison des douleurs diffuses invoquées, sans substrat organique, étant précisé que le centre de la douleur avait évoqué 17 points positifs sur 18. Si l'on retient un tel diagnostic, les conditions permettant de lui reconnaître un caractère invalidant ne sont clairement pas réunies au vu des ressources dont dispose la recourante, décrite comme « à fort potentiel » par la division de

A/3144/2014 - 16/18 - réadaptation de l'intimé, ce que corroborent les observations de l'expert psychiatre, qui n'a pas décelé la moindre anxiété ou dépression. On ajoutera que l'assurée dispose d'une bonne intégration sociale, qu'elle ne rencontre aucun problème de personnalité et que les traitements mis en œuvre ont finalement porté leurs fruits puisque le médecin traitant a fait état d'une amélioration certaine. La recourante se contente en réalité de contester le diagnostic de fibromyalgie posé par l'experte rhumatologue sans démontrer en quoi les conclusions de celle-ci concernant sa capacité de travail seraient erronées. A cet égard, force est de constater que l'experte rhumatologue a bel et bien examiné toutes les atteintes somatiques mises en évidence par le dossier médical et argumenté avec précision les raisons qui la conduisaient à ne pas retenir de limitations : - s'agissant des poignets, elle a constaté un status post-opératoire calme et sans interférence avec la pratique de l'enseignement de la langue des signes ; - au niveau de l'épaule droite, elle a souligné l'absence de signes de tendinite de la coiffe, de bursite ou de conflit sous-acromial évident et de limitations en termes de force ou d'amplitude ; - concernant le coude gauche, si les examens montraient des éléments en faveur d'une épicondylite médiale et latérale, celle-ci était modérée, l'experte a noté qu'il n'y avait ni bursite de voisinage, ni rupture tendineuse ; - s'agissant des lombalgies basses, elle a admis une discopathie assez importante, tout en soulignant l'absence de compression radiculaire ; - au niveau des cervicales, l'experte a relevé l'absence de décompensation de la musculature satellite ; - quant aux douleurs diffuses décrites en mars 2012, au niveau des membres supérieurs, elle a relevé l'absence de troubles moteurs sensitifs ou réflexes et de lésions radiculaires. Les observations de l'experte sont corroborées notamment par la perplexité dont faisait déjà état le Dr F_____ en mars 2012, qui parlait alors de « trouvailles très modestes durant la chirurgie ». La recourante n'amène en particulier aucun élément médical permettant de mettre en doute les conclusions de l'experte. Le Dr L_____, dont elle produit les rapports admet lui-même que sa patiente a recouvré sa capacité de travail initiale (80%). Certes, selon lui, cela ne serait le cas que depuis septembre 2014, mais il ne motive pas l'incapacité qu'il reconnaît à sa patiente jusqu'à cette date. Reste le problème des vertiges apparus récemment, en sus du déficit vestibulaire déjà connu depuis 2001. S'il est vrai que l'experte s'est apparemment

méprise en considérant qu'il s'agissait-là d'une seule et même problématique, on constatera que le Dr N_____ ne fait état d'aucune incapacité de travail en lien avec cette pathologie.

A/3144/2014 - 17/18 - Enfin, les arguments de la recourante quant à l'impossibilité, en dépit des dires de l'experte, à assumer son rôle d'enseignante en langue des signes, ne convainquent pas. A cet égard, on relèvera que l'experte a pu observer que, durant trois heures, l'assurée avait bel et bien pu signer sans problème en position assise, et que le Dr K_____ a fait des observations analogues. Quant à l'assertion du Dr L_____ selon laquelle le traitement pris par sa patiente aurait des répercussions fonctionnelles en termes de fatigue, elle n'est ni étayée, ni évaluée. En particulier, il n'argue pas que ces répercussions seraient supérieures aux 20% de diminution de rendement admis par la Dresse J_____. Qui plus est, il a été établi que le travail sur ordinateur restait possible, moyennant une adaptation de l'assise et une alternance des positions, de sorte que rien ne s'oppose à ce que la recourante poursuive le travail administratif qui constituait déjà par le passé la majeure partie de son taux d'occupation. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans fait siennes les conclusions de la Dresse J_____ selon lesquelles la capacité de travail n'a été de 0% que jusqu'en mars 2012, date à laquelle les atteintes orthopédiques ont laissé la place à des douleurs diffuses sans grand substrat organique. Même en admettant une prolongation de l'incapacité de travail le temps de l'hospitalisation de la recourante, il n'en demeure pas moins que cette incapacité débutée fin juillet 2011 n'aura pas duré une année. Il en va de même de la période d'incapacité consécutive aux opérations des poignets, de novembre 2012 à janvier 2013. Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles, les activités précédentes étant exigibles de sa part. En revanche, il lui est loisible de s'adresser à l'intimé pour lui demander une aide au placement pour l'accompagner dans ses démarches, qu'il lui appartiendra de motiver. Dès lors, le recours est rejeté. *****

A/3144/2014 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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