

GE_GERICHTE ATAS/461/2013 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_461_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/461/2013 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/461/2013 del 14 maggio 2013

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; RS E 2 05) en vigueur dès 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

À 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.

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Au vu des faits pertinents du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné à la lumière des 5ème et 6ème révisions (révision 6a) de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 40 al. LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

A/178/2013 - 10/18 -

E. 5

Est litigieuse dans le cas d'espèce la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité suite à sa nouvelle demande du 21 avril 2010.

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). 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 LPGGA). 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 al. 1 LPGGA). 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 incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. 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 LPGGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGGA. 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

A/178/2013 - 11/18 - de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié 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 convient alors d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). d) 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 396, consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2). 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). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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

A/178/2013 - 12/18 - durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). 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 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) (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 (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

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 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). e) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il

incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position

A/178/2013 - 13/18 - médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail.

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256, consid. 4 et les références). 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 (ATF 125 V 351, consid. 3). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). c) 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

A/178/2013 - 14/18 - 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. cc). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). e) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). 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 319, consid. 5a). 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 464, consid. 4a, ATF 122 III 219, consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; 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 90, consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

En l'espèce, l'intimé fonde sa décision sur le rapport d'examen rhumato- psychiatrique du 14 novembre 2011 du SMR pour refuser toute prestation à l'assurée, qui ne présente qu'un taux d'invalidité de 16% pour une capacité de travail

A/178/2013 - 15/18 - de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. L'assurée estime quant à elle, en se fondant sur les avis de ses médecins traitants, que sa capacité de travail est plus largement entravée, sans indiquer toutefois si elle est totalement ou partiellement incapable de travailler. Elle conclut à être mise au bénéfice de l'AI, sans précision, et à ce que la Cour réexamine le cas et ordonne un complément d'expertise.

Le rapport d'examen du SMR est fondé sur le dossier de l'assurée, en particulier les rapports médicaux de son généraliste et de son psychiatre, celui des HUG de mai 2010, ainsi que sur l'examen de l'assurée. Il comporte une anamnèse brève mais précise, mentionne les plaintes de l'assurée et décrit les constatations objectives. Ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il convient de reconnaître à ce rapport une pleine valeur probante.

Du point de vue somatique, les conclusions du SMR ne sont pas remises en cause par les avis des médecins traitants de l'assurée. Suite à l'intervention chirurgicale effectuée le 15

octobre 2009, le Dr H_____ a attesté d'une nette amélioration de la symptomatologie, avec disparition quasi complète des sciatalgies, en précisant que la surcharge pondérale et la dépression avaient un impact sur les douleurs résiduelles. Le Dr G_____ met en avant les diagnostics psychiatriques pour justifier de la capacité de travail limitée de sa patiente et le Dr B_____ confirme que l'examen clinique neurologique est normal. Le diagnostic de fibromyalgie retenu par les médecins du SMR est confirmé par l'avis du Dr A_____, qui retient des douleurs somatoformes depuis juin 2009, et par le Dr B_____, qui confirme que les céphalées sont dues à un état poly-algique lié à un état dépressif chronique. On comprend dès lors que l'appréciation du cas soit difficile, comme le relèvent les médecins du SMR, en raison de l'association de douleurs lombaires et de la fibromyalgie de fond. De façon nuancée donc, "en faisant la part des choses", le rhumatologue du SMR retient que la présence des troubles dégénératifs étagés et la persistance de douleurs lombaires empêchent l'activité de nettoyeuse, mais ne limitent que peu l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Sur ce point donc, le rapport du SMR n'est pas critiquable, ni sérieusement remis en cause par les autres médecins.

Du point de vue psychiatrique, le rapport du SMR retient une dysthymie et une personnalité dépendante. En juin 2010, le Dr A_____ retenait un épisode dépressif léger. D'ailleurs, l'assurée a cessé tout suivi psychiatrique d'octobre 2010 à septembre 2011. S'il est exact que lors des admissions en psychiatrie de fin avril 2010 et fin octobre 2011, les HUG ont retenu le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel moyen, les rapports mentionnent à chaque fois une amélioration de la thymie, après adaptation du traitement. D'ailleurs, les rapports des HUG révèlent que, tant en 2010 qu'en 2011, l'assurée est amenée à l'unité de psychiatrie par sa sœur aînée, qui se sent envahie par la présence de l'assurée, étant précisé que fin octobre 2011, l'assurée n'a pas été hospitalisée en unité psychiatrique, mais

A/178/2013 - 16/18 - seulement suivie avec quelques nuits au CTB, qui lui a clairement indiqué que son état ne nécessitait pas d'hospitalisation. Il ressort ainsi clairement des divers rapports des HUG, mais également de ceux des psychiatres traitants, que l'assurée a connu plusieurs périodes d'exacerbation de son état dépressif et anxieux, depuis 2007, à l'occasion de séparations ou de conflits familiaux, les hospitalisations ayant surtout permis de prendre de la distance par rapport à la situation. Dans l'hypothèse même où l'appréciation des médecins du SMR avait sous-évalué l'intensité du trouble dépressif, qui oscillerait entre un trouble léger et un trouble moyen, au lieu d'une dysthymie, cela ne permet pas pour autant de remettre en cause les conclusions. Avec un suivi psychiatrique régulier et une médication adéquate, ce trouble dépressif, qui est traité depuis 2002 par le Dr A_____, est sans effet sur la capacité de travail de l'assurée, qui ne présente que de brefs épisodes nécessitant une prise en charge accrue. Au demeurant, associé à une fibromyalgie, un trouble dépressif même de gravité moyenne, ne représente pas une comorbidité suffisamment intense pour être considérée comme étant invalidante.

Pour le surplus, la Dresse L_____ n'expose pas pourquoi, malgré un traitement adéquat, les troubles retenus seraient totalement invalidants. Finalement, contrairement aux griefs de l'assurée, le psychiatre du SMR a tenu compte du diagnostic de personnalité dépendante. Au surplus, le léger retard mental est sans conséquence sur une activité simple, répétitive, ne nécessitant aucune formation. Ainsi, aucun élément mis en avant par ce médecin traitant ne justifie de s'écarter de l'avis du SMR et d'ordonner une expertise judiciaire.

En conclusion donc, l'assurée ne fait pas valoir d'argument probant qui permettrait de s'écarter des conclusions du SMR, s'agissant d'une capacité de travail de 80 %, dans une activité adaptée aux limitations non contestées de l'assurée (port de charge limité, alternance des positions et pas de position en porte à faux, ni en flexion extension du tronc ou en rotation).

A ce sujet, le Tribunal fédéral a maintes fois confirmé que la référence au salaire statistique de l'ESS, TA1, général, était admissible en présence de limitations fonctionnelles de ce type, dès lors qu'une grande partie des métiers non qualifiés représentant le salaire statistique retenu était accessible, sans formation particulière, aux assurés concernés, sans que l'OAI doive nécessairement faire une liste des métiers en questions. Après l'intervention d'octobre 2009, l'assurée dispose à nouveau d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès mars 2010, de sorte qu'elle ne peut pas prétendre à une rente. Au vu du taux d'invalidité et du fait que les activités adaptées sont accessibles sans formation, des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être.

E. 9

Le recours, mal fondé sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), mais que la recourante plaide au

A/178/2013 - 17/18 - bénéfice de l'assistance judiciaire, aucun émolument ne sera mis à sa charge, malgré l'issue du recours.

A/178/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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