

GE_GERICHTE ATAS/480/2008 vom 22. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_480_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/480/2008 du 22 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/480/2008 del 22 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 25 septembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2005, 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.

E. 3

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

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et plus particulièrement sur son degré 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 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

A/3982/2007 - 8/13 - 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 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

A/3982/2007 - 9/13 - 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 (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

A/3982/2007 - 10/13 - 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 L_____, médecin traitant, a retenu les diagnostics de dysarthrose L4, de dysarthrose cervicale C4-C6 et de fibromyalgie depuis 2005, et d'asthme bronchial depuis 1996. Ces diagnostics ont été constatés par le Dr N_____ sur l'IRM et les radiographies pratiquées les 18 et 19 décembre 2006. Le Prof. M_____ et le Dr O_____ ont confirmé celui de fibromyalgie. Le Dr L_____ a fixé le taux d'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 18 avril 2005 dans l'activité exercée jusqu'ici. Il y a toutefois lieu de constater qu'il se fait surtout l'écho des déclarations de l'assurée, selon laquelle elle ne peut plus travailler ni comme coiffeuse, ni comme nettoyeuse dans les avions, ni comme caissière. Le Prof. M_____ quant à lui a indiqué qu'à l'examen clinique, la mobilité du rachis et des articulations périphériques étaient normales, que l'examen neurologique était normal lui aussi, que par conséquent il n'y avait pas de limitations fonctionnelles anatomiques. Il a ainsi estimé que la capacité de travail était entière, pour autant qu'un traitement soit mené avec physiothérapie active et antidépresseur tricyclique. Force dès lors est d'en conclure que du point de vue somatique, l'assurée présente une capacité de travail entière.

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.

E. 10

Dans son rapport d'expertise du 25 mai 2007, et son complément du 13 juillet 2007, le Dr O_____ a posé le diagnostic de trouble anxieux sans précision présent depuis avril 2005, expliquant que "l'hypothèse diagnostique du "trouble anxieux non spécifié" était justifiée par le fait que l'assurée se montrait particulièrement

A/3982/2007 - 11/13 - anxieuse vis-à-vis de ce qui pourrait déclencher des douleurs et des crises d'asthme. Le Dr O_____ considère ainsi que l'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible, les tâches ménagères que l'assurée effectue chez elle et surtout le rythme avec lequel elle les effectue n'étant pas comparables avec les exigences de son ancien métier.

E. 11

Ce qui importe en l'espèce est de déterminer si ce trouble anxieux non spécifié ("peur d'avoir mal ou d'avoir une crise d'asthme") décrit par le Dr O_____ peut ou non être assimilé à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie. Force est de répondre par la négative, le Dr O_____ concluant du reste lui-même qu'elle ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique. Le Dr O_____ considère toutefois que l'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible, les tâches ménagères que l'assurée effectue chez elle et surtout le rythme avec lequel elle les effectue n'étant pas comparables avec les exigences de son ancien métier. Il convient à cet égard de relever que bien que le rapport de l'expert remplisse toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence), il se justifie de ne pas suivre mot à mot ses conclusions sur la capacité de travail, les limitations qu'il a constatées dans l'accomplissement des tâches ménagères étant exclusivement dues à l'angoisse vécue par l'assurée craignant plus particulièrement d'exécuter certains mouvements du corps. Il a

en effet lui-même considéré que cette angoisse ne suffisait pas pour constituer une véritable comorbidité psychiatrique.

E. 12

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 disarthrose depuis 2005, l'existence d'affection corporelle chronique est établie. Il en va vraisemblablement de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive). 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), le Dr O _____ ayant relevé qu'elle semblait bien entourée par sa famille, ses enfants, amis et voisins. 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).

A/3982/2007 - 12/13 - Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que le médecin du SMR a conclu que la fibromyalgie n'avait pas de caractère invalidant.

E. 13

En conséquence, il n'existe aucun élément médical objectif justifiant d'admettre une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible autre qu'entière.

E. 14

Il y a à cet égard lieu de rappeler qu'un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi l'assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, même sans réadaptation, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et elle prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 10 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (cf. art. 31 al. 2 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; ATF 113 V 28 consid. 4a et les références).

E. 15

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPG). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

E. 16

En conséquence, le recours sera rejeté.

A/3982/2007 - 13/13 -

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