

GE_GERICHTE ATAS/490/2014 vom 9. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_490_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/490/2014 du 9 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/490/2014 del 9 aprile 2014

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). Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. En l'occurrence, la recourante était domiciliée à Genève lors du dépôt du recours. Par conséquent, la compétence *ratione materiae* et *loci* de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) 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). b) 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, entraînent 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière

A/311/2013 - 11/17 - d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours interjeté le 25 janvier 2013 dans la forme prévue par la loi est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité.

E. 5

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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 al. 1er LPGA). 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). 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 et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-

A/311/2013 - 12/17 - rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 6

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail

du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). 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, 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques

A/311/2013 - 13/17 - demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

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 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). Il convient de rappeler que 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

A/311/2013 - 14/17 - 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). D'autre part, 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, en principe, lorsqu'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 351, consid. 3b/bb). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283, consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3.).

E. 8

En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante souffre d'une fibromyalgie floride depuis une dizaine d'années (cf. notamment rapports des Drs L_____, N_____, O_____). Le Dr R_____, expert rhumatologue mandaté par l'intimé, a également retenu ce diagnostic dans son rapport du 20 décembre 2011, relevé l'absence de limitations fonctionnelles et conclu à une capacité de travail totale dans toute activité, sans diminution de rendement. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail est totale dans l'activité de caissière, alors que dans une activité adaptée, la capacité

de travail est totale. Sur le plan psychiatrique, le Dr Q _____, expert, a retenu dans son rapport du 31 juillet 2011 un épisode dépressif à caractère réactionnel, en rémission complète. Elle a mentionné en outre une fibromyalgie, sur le plan clinique. Il n'y a aucune limitation sur le plan psychique. Le Dr N _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et, concernant l'incapacité de travail, s'est référé à l'appréciation du médecin traitant.

A/311/2013 - 15/17 - Enfin, un trouble somatoforme douloureux a été évoqué par le Dr P _____, ainsi qu'un syndrome de dépendance aux opiacés. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % après sevrage. Toutefois, dans un rapport daté du 20 avril 2012 communiqué à l'intimé en septembre 2012, le médecin traitant expose que de récents examens montrent clairement un syndrome inflammatoire, pouvant évoquer une polyarthrite rhumatoïde, qu'il convenait de réévaluer, après un test à la Prednisone. Le 21 septembre 2012, le Dr L _____ indique qu'après dix jours de traitement, la vitesse de sédimentation est descendue à 7 et la CRP à 7,3 ce qui démontre bien que la patiente souffre d'une maladie inflammatoire et non pas d'une fibromyalgie. Il proposait à l'intimé d'effectuer une nouvelle expertise rhumatologique auprès de professeurs aux HUG. L'intimé réfute cet argument, considérant au contraire que les facteurs biologiques rhumatologiques normaux montrent l'absence d'une atteinte rhumatologique inflammatoire. La chambre de céans relève à cet égard que l'expert rhumatologue a effectivement admis un syndrome inflammatoire biologique, d'après les résultats des analyses. Il explique qu'un diagnostic de polyarthrite ne peut cependant être déterminé uniquement sur la base d'un syndrome inflammatoire biologique puisqu'il peut être présent lors de tout épisode infectieux banal sans aucune répercussion articulaire. Toutefois, la patiente se plaint essentiellement de douleurs dans les doigts, symptômes nouveaux qui pourraient effectivement être liés à une polyarthrite rhumatoïde apparue postérieurement à son expertise. L'expert indique que ce diagnostic doit être clairement certifié par un spécialiste en rhumatologie, sur la base d'un examen clinique et d'examens spécifiques. Une expertise complémentaire auprès d'un rhumatologue serait nécessaire afin de déterminer sa capacité de travail à la lueur de ce probable nouveau diagnostic. L'intimé s'oppose à la réalisation d'une expertise complémentaire, motif pris que selon le Dr R _____, plusieurs de ses patients souffrant de cette maladie sont en mesure de travailler à 100 % notamment grâce à de nouveaux traitements disponibles. Cet argument tombe à faux. D'une part, l'intimé a estimé que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante en se fondant sur le diagnostic de fibromyalgie. D'autre part, il s'agit de déterminer dans le cas concret si l'atteinte à la santé présentée par la recourante entraîne des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et, cas échéant, dans une activité adaptée. Or, en l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur les atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il convient de procéder à des

A/311/2013 - 16/17 - investigations complémentaires comme préconisé par le médecin traitant et l'expert, afin de clarifier les aspects médicaux. Etant donné que l'intimé a eu connaissance des faits nouveaux avant sa décision notifiée le 11 décembre 2012, la cause lui sera renvoyée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise complémentaire auprès d'un rhumatologue indépendant.

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à charge de l'intimé (cf. art. 69al. 1bis LAI) Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA ; art. 61 let. a LPGa).

A/311/2013 - 17/17 - 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.