

GE_GERICHTE ATAS/527/2008 vom 5. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_527_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/527/2008 du 5 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/527/2008 del 5 maggio 2008

Erwägungen

E. 27

Le 4 juillet 2003, la Commission cantonale de recours AVS/AI a annulé la décision de l'OCAI du 15 juin 2001 "sans préjudice des droits de la recourante" et renvoyé le dossier à celui-ci pour expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

E. 28

Le 2 octobre 2003, l'OCAI a transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne afin que celui-ci mette à exécution le jugement du 4 juillet 2003 de la Commission cantonale de recours AVS/AI.

E. 29

Le 23 février 2004, le Dr G _____, médecin généraliste à Berne, a attesté d'une incapacité de travail à 70 % dès le 22 septembre 2003.

A/2341/2007 - 6/23 -

E. 30

Le 1er juillet 2004, le Dr H _____, médecin généraliste à Berne, a attesté d'une incapacité de travail de 70 % depuis janvier 2002, renouvelée le 5 octobre 2004.

E. 31

Le 20 août 2004, une expertise interdisciplinaire a été rendue, à la demande de l'OCAI bernois, par les Drs I _____, médecine interne FMH et J _____, FMH psychiatrie et psychothérapie à Bâle. L'expertise relève que, du point de vue somatique, l'assurée a commencé à ressentir des douleurs au sternum en 1990, puis étendues dès 1997 à la nuque, à la malléole droite, puis dès 1999, dans tout le corps. Depuis 2000, elle souffrait d'insomnie, de rigidité matinale et de fatigue la journée. Les diagnostics suivants sont posés : panalgie sans étiologie somatique, adiposité indice de masse corporelle de 38, indice de masse corporelle en 2000 de 43, syndrome d'hypermobilité, periatropathia humeroskapularis des deux côtés, calcarea du côté gauche, varicosités de la partie inférieure des jambes, 1990 : embolie pulmonaire provoquée probablement par une thrombose au niveau de la partie inférieure de la jambe à droite. "Dans son ensemble, les plaintes décrites par l'assurée, aussi bien en ce qui concerne leur étendue que leur intensité, ne correspondent pas aux résultats pathologiques objectivables. Les plaintes ne peuvent pas être mises en rapport avec un diagnostic de pathologie somatique. D'une façon descriptive, l'on peut utiliser des termes comme panalgie ou syndrome de douleur généralisé, etc. Le fait que les douleurs présentent un caractère permanent est révélateur pour une cause non somatique des plaintes sans possibilité de les renforcer ou de les atténuer. Les douleurs ne réagissent pas non plus aux tentatives de thérapie ambulatoire ou stationnaire (...)." "Il est difficile de motiver une diminution de la capacité de travail d'un point de vue

somatique-rhumatologique, cela d'autant que cette assurée, en raison de son excès pondéral, s'expose à une surcharge importante. En particulier, il n'est pas possible de faire état d'une diminution de la capacité de travail de l'assurée dans le cadre de ses activités antérieures comme assistante en cabinet vétérinaire, respectivement dans le cadre des programmes pour chômeurs, en tant que webpublisher. Ces activités représentent un profil de travail impliquant une charge physique légère à moyenne. Dans l'hypothèse où les plaintes seraient liées à la periarthropathia humeroscapularis calcarea du côté gauche, elles seraient susceptibles de provoquer une diminution de la capacité de travail passagère, jusqu'à la mise en œuvre de mesures thérapeutiques correspondantes. Cette incapacité de travail se manifesterait dans le cadre d'activités liées à l'élévation répétitive du bras gauche, respectivement au mouvement du bras au niveau de l'épaule. Tel n'était cependant pas le cas dans les activités professionnelles antérieures. La place de travail idéale pour cette assurée serait limitée à des travaux physiques impliquant des charges légères à moyennes. En principe, il serait possible d'exiger des travaux impliquant des charges physiques importantes, cela d'autant que l'assurée s'expose déjà à une telle

A/2341/2007 - 7/23 - charge par son excès pondéral. Il serait souhaitable, sans pour autant qu'il ne soit indispensable, que les activités de l'assurée soient exercées dans des positions changeantes (par exemple changement entre position assise, debout et marche). Les activités professionnelles liées à des mouvements répétitifs des bras au-dessus des épaules apparaissent peu appropriées. Il serait souhaitable d'obtenir rapidement une réinsertion dans le processus de travail. Les difficultés de réinsertion pourraient être liées à des causes étrangères à l'invalidité comme une abstinence partielle de travailler de longue durée, ainsi qu'une situation défavorable au marché du travail." Le 16 août 2004, le Dr J_____ suite à l'examen de l'assurée du 6 août 2004, a estimé qu'il n'y avait pas, du point de vue psychiatrique, de diagnostic comportant une diminution de la capacité de travail : "L'humeur de la patiente, très adipeuse, ne présente, pendant l'examen, aucune particularité. D'une façon générale, il convient de constater, sur le plan psychopathologique, un état normal. Il n'existe pas d'indice de psychose ou de symptômes dépressifs. Il n'existe pas non plus d'indice de troubles de la personnalité ou d'autres affections psychiatriques. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, il n'est pas possible de faire un diagnostic. Sur le plan du diagnostic différentiel, on pourrait songer à un trouble de douleur somatoforme. Concernant ce diagnostic, il convient de préciser qu'il comporte comme critère nécessaire une douleur durable, importante et obsédante, liée à un conflit émotionnel ou psychosocial, qui ne peut être expliquée par des processus physiologiques ou par un trouble corporel. Le cas échéant, on pourrait supposer que l'absence d'enfant a impliqué pour la patiente un facteur de stress important, ce qu'elle conteste cependant, en indiquant qu'elle aurait fini par l'accepter. D'autres facteurs psychosociaux, qui pourraient entrer en ligne de compte dans ce contexte, n'existent pas. Par conséquent, ce diagnostic ne peut être posé. En raison de l'absence d'un diagnostic psychiatrique, il n'est pas possible de constater, d'un point de vue psychiatrique, une incapacité de travail. D'un point de vue somatique, il n'est pas possible non plus d'expliquer une telle diminution de la capacité de travail, ce qui laisse supposer, le cas échéant, l'existence de problèmes motivationnels. Cependant, ceci ne peut pas non plus être établi sans autres."

E. 32

Par décision du 28 septembre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'expertise interdisciplinaire des Drs

I _____ et J _____.

E. 33

Par décision du 13 avril 2005, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne a rejeté l'opposition de l'assurée.

E. 34

Par jugement du 9 septembre 2005, le Tribunal administratif du canton de Berne a annulé la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne du 13 avril 2005 et renvoyé le dossier à cet office afin qu'il soit transmis à l'OCAI, en

A/2341/2007 - 8/23 - considérant que ce dernier restait compétent, nonobstant le changement de domicile de l'assurée.

E. 35

Le 31 octobre 2005, le Dr F _____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé qu'une nouvelle expertise multidisciplinaire était nécessaire.

E. 36

Le 6 mars 2006, le Dr K _____, de l'hôpital de l'Ile à Berne, a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique, avec un impact sur la capacité de travail, un lymphome cellule V médiastinal, stade 1B, un syndrome de fibromyalgie depuis 1997 et une adiposité (indice de masse corporelle 38.3). Il suivait l'assurée dans le cadre d'un programme individuel d'adiposité. En plus du traitement oncologique, de la radiothérapie, elle prenait de l'Efexor et du Tofranil.

E. 37

Le 28 juin 2006, la clinique romande de réadaptation (CRR), par les Drs L _____, FMH chirurgie orthopédique, et N _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise médicale fondée notamment sur un séjour de l'assurée du 19 au 20 juin 2006. L'assurée se plaignait depuis 1997 de douleurs articulaires et musculaires généralisées, migrantes constantes et d'intensité variable, aggravées par les efforts physiques. Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : état dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11) chez une personnalité limite (F60.31) à traits dépendants (F60.7), trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4), tendinitis calcarea des deux épaules (M75.3). La calcification du sus-épineux des deux épaules pouvait fournir une origine aux douleurs à ce niveau et entraînait des limitations des membres supérieurs. Dans le domaine psychique, les limitations fonctionnelles étaient importantes, toutes pathologies confondues, une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité était médicalement exigible dans une activité adaptée, sans travaux lourds et répétitifs au niveau des membres supérieurs. L'incapacité de travail de 50 % pouvait être reconnue dès l'été 2004, date de l'aggravation des troubles psychiques. L'experte psychiatre a relevé que l'assurée estimait ne pas pouvoir travailler à plus de 30 %. Elle constate l'existence d'un tableau dépressif, persistant et d'intensité moyenne avec syndrome somatique d'accompagnement marqué (insomnies de seconde moitié de nuit, sensations douloureuses thoraciques, troubles digestifs, troubles sexuels et cénesthopathies pénibles). L'hypothèse de cette évolution - qui correspond à ce que l'on appelait "dépression masquée" - cachée comme elle l'est par l'importance des plaintes d'allure somatique (sphère sexuelle, douleurs diffuses, obésité) s'inscrit probablement - pour cette personnalité peu étayée

narcissiquement, dans le cadre d'une relation primaire décrite froide, peu investie, proche de l'indifférence - comme la déstabilisation psychique induite en 1997 par la mise en route d'un traitement de l'infertilité. C'est en effet dans un véritable "écartèlement" entre désir et peurs que l'on peut comprendre la désorganisation psychosomatique de cette assurée à partir de 1997 avec infertilité durable, douleurs

A/2341/2007 - 9/23 - multiples, accroissement morbide d'une obésité ancienne mais aussi développement d'un état dépressif torpide et chronifié. La situation s'est compliquée au fil du temps, les plaintes douloureuses prenant le dessus, favorisées en cela par un certain processus de iatrogénisation. Actuellement, nous sommes donc en présence d'un état dépressif chronique d'intensité moyenne avec troubles somatiques et d'un trouble somatoforme douloureux chronique, accompagné quant à lui d'éléments de pronostic défavorable, en raison d'une évolution de neuf ans sans amélioration symptomatique, d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art, chez une personnalité aux traits de personnalité particuliers, notablement décompensés en 1997, n'ayant pas atteint son niveau de fonctionnement antérieur avec une certaine tendance à l'enkystement pérenne, la fixation et la chronification de certains symptômes ayant aussi un effet de figer la problématique interne et les dynamiques relationnelles. Le tableau présenté par cette assurée correspond à une maladie psychiatrique sensu stricto - qui dépasse de loin l'état dysthymique associé habituellement au trouble somatoforme douloureux chronique - qui entraîne une diminution notable et significative de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée de 50 % en tout cas. Si ce tableau s'est développé de façon masquée, comme signalé précédemment, ce n'est anamnesticquement que dans les deux dernières années qu'il ne s'est fixé pour atteindre le niveau actuel, ce qui peut expliquer probablement les conclusions de l'expertise de 2004 du Dr J_____. C'est donc à partir de l'été 2004 que l'incapacité actuelle doit être prise en compte, ce qui correspond aussi à un nouveau palier de dégradation de la santé de l'assurée. Les limitations fonctionnelles sont importantes avec ralentissement, troubles conatifs, idées noires, pessimisme, ruminations autodévaluatrices obsessionnelles, troubles de concentration, anhédonie, trouble de l'élan vital.

E. 38

A la demande de l'OCAI, la Dresse N_____ a rendu un complément d'expertise le 4 octobre 2006. L'aggravation de l'état psychique était progressive. Il existait toutefois un élément déclencheur en février 2004, soit le traitement de l'obésité. L'incapacité de travail aurait pu être fixée à ce moment-là mais un certain temps d'incubation s'observant fréquemment avant le développement plein de troubles de type dépressif, il avait été estimé que les troubles étaient apparus raisonnablement dans les six mois suivants l'apparition du dit événement.

E. 39

Le 11 octobre 2006, le Dr L_____ a précisé que l'obésité était un diagnostic sans influence sur la capacité de travail.

E. 40

Le 20 novembre 2006, le Dr F_____ a rendu un avis médical selon lequel l'expertise ne se prononçait pas sur la période antérieure à l'aggravation de l'été 2004, que l'on pouvait toutefois en déduire qu'avant l'aggravation la capacité de travail était supérieure à 50 %. Compte tenu de l'atteinte aux épaules, la capacité de travail était de 100 % avec une possible légère baisse de rendement, soit 75 % depuis 1999, le trouble somatoforme douloureux

n'étant pas invalidant.

A/2341/2007 - 10/23 -

E. 41

Par projet de décision du 30 novembre 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente en relevant que les critères consacrés par la jurisprudence qui fondaient un pronostic défavorable en présence d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas suffisamment marqués et que seule l'atteinte aux deux épaules justifiait une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25 %.

E. 42

Le 15 janvier 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que son état de santé ne s'était pas amélioré entre 2001, date jusqu'à laquelle une rente de 50 % lui avait été accordée et 2004. Il convenait d'ordonner un complément d'expertise sur ce point.

E. 43

Par décision du 1er mai 2007, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2005. Il relève que l'experte psychiatre a estimé que le tableau présenté par l'assurée correspondait à une maladie psychiatrique dont la gravité actuelle devait être prise en compte depuis l'été 2004; toutefois une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux n'était pas présente, compte tenu du diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique chez une personnalité limite; il existait une affection corporelle chronique (atteinte de l'épaule) depuis 1999 mais pas de perte d'intégration sociale; compte tenu de l'échec des traitements, il existait aussi un état psychique cristallisé, de telle sorte que les critères consacrés par la jurisprudence qui fondaient un pronostic défavorable étaient suffisamment marqués pour admettre une diminution de la capacité de travail à 50 % dès août 2004.

E. 44

Le 15 juin 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OCAI du 1er mai 2007 en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire visant à fixer sa capacité de travail pour la période novembre 1999 - été 2004 et principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 1999. Elle relève que les Drs A _____, O _____, P _____, B _____, Q _____, E _____ et C _____ avaient diagnostiqué une fibromyalgie avec, selon cette dernière, une répercussion sur la capacité de travail depuis octobre 1998. L'OCAI ne tenait à tort plus compte du fait qu'il lui avait octroyé une rente du 1er novembre 1999 au 31 mai 2001, décision annulée uniquement pour les besoins complémentaires d'expertise. Elle souffrait depuis novembre 1999 d'une fibromyalgie et présentait une constance et une intensité dans les affections corporelles de manière chronique. L'expertise de la Commission cantonale de recours n'était pas précise quant au début de l'incapacité de travail. Enfin, le retard dans le traitement du dossier la privait d'une rente complémentaire pour le conjoint et le calcul de la rente aboutissait à un abaissement de la rente entre 2001 et 2005 de 841 fr. à 797 fr.

E. 45

Le 13 août 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et transmis un courrier de la caisse de compensation MEDISUISSE du 6 août 2007 selon lequel l'interruption de la rente étant

d'une durée supérieure à trois ans, la rente allouée dès le 1er août 2005

A/2341/2007 - 11/23 - avait dû être recalculée en prenant en compte les revenus du travail entre 1987 et 2004 inclusivement.

E. 46

Le 28 septembre 2007, la recourante a répliqué en relevant que, sur la base des avis médicaux au dossier, l'incapacité de travail remontait à la fin de l'année 1998.

E. 47

Le 9 octobre 2007, l'OCAI a renoncé à dupliquer.

E. 48

Le 13 novembre 2007, le Tribunal de céans a demandé à la Dresse N_____ des précisions sur l'état de santé de la recourante.

E. 49

Le 15 novembre 2007, une traduction de certaines pièces médicales a été demandée à l'intimé, lequel a transmis celles-ci traduites le 22 février 2008.

E. 50

% dès cette date. Selon la Dresse N_____, l'état dépressif moyen persistant avec syndrome somatique d'accompagnement marqué, correspondant à une maladie psychiatrique dépassant de loin l'état dysthymique associé habituellement au trouble somatoforme douloureux s'était fixé dans le courant des deux dernières années, soit depuis l'été 2004 et justifiait l'incapacité de travail à 50 % depuis cette date. Cette fixation tardive pouvait expliquer, selon la Dresse N_____, les conclusions de l'expertise du Dr J_____. Antérieurement à l'évaluation de la Dresse N_____, le Dr J_____ avait en effet nié, en août 2004, une comorbidité psychiatrique importante, de sorte qu'aucun avis médical au dossier n'atteste d'une telle comorbidité psychiatrique importante antérieurement à l'été 2004, étant précisé que le Dr B_____ avait uniquement évoqué le 1er juin 1999 une décompensation anxieuse et le Dr E_____ le 13 novembre 2000 une dépression, ces deux médecins n'étant par ailleurs pas psychiatres. Reste à déterminer si l'assurée rempli d'autres critères déterminants au sens de la jurisprudence précitée. Il convient d'admettre la présence d'affections corporelles chroniques dès lors que la recourante souffre de tendinitis calcarea des deux épaules engendrant des douleurs à ce niveau et entraînant des limitations des membres supérieurs (expertise du Dr L_____ du 28 juin 2006) et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, soit depuis 1997, sans rémission durable, ainsi que l'échec des traitements conformes aux règles de l'art (expertise de la Dresse N_____ du 28 juin 2006). Il n'y a en revanche pas d'élément permettant d'admettre un état psychique cristallisé jusqu'à l'été 2004, sans évolution possible au plan thérapeutique, au vu de l'évolution de la maladie psychique décrite par la Dresse N_____, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Ces trois critères précédemment admis ne sauraient toutefois revêtir en l'espèce une telle intensité que l'on puisse admettre que la recourante ne disposait pas, à

A/2341/2007 - 21/23 - l'époque, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs afin de se réinsérer à plein temps dans le monde du travail (voir à cet égard ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24

août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04, ATF du 3 décembre 2007 I 1093/06, ATF du 24 janvier 2008 I 76/07), en particulier au vu de l'appréciation médicale de la Dresse N_____ en 2006, laquelle reconnaît clairement une fixation de la problématique psychique uniquement dès l'été 2004 mais aussi celle du Dr J_____ en 2004, celui-ci ayant nié tout diagnostic psychiatrique. Le trouble somatoforme ou la fibromyalgie ne s'est ainsi pas manifestée entre février 2001 et juillet 2004 avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif la mise en valeur complète de la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas être raisonnablement exigée de sa part, de surcroît compte tenu du jeune âge de celle-ci, née en 1966. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a reconnu une incapacité de travail de 50 % uniquement dès l'été 2004, laquelle donne droit, dès le 1er août 2005, à une demi-rente d'invalidité. 10. S'agissant du calcul de la rente, la recourante se borne à constater que le revenu déterminant est inférieur à celui pris en compte lors de la décision de l'OCAI du 15 juin 2001. Aux termes de l'art. 32bis du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) lorsqu'un assuré dont la rente a été supprimée pour cause d'abaissement du degré de l'invalidité a, dans les trois ans qui suivent, de nouveau droit à une rente (art. 28 LAI) en raison de la même atteinte à la santé, les bases de calcul de l'ancienne rente restent déterminantes si cela est plus avantageux pour l'ayant droit. Si, durant cette période, son conjoint a été mis au bénéficiaire d'une rente de vieillesse ou d'invalidité ou s'il est décédé, l'art. 29quinquies LAVS est applicable. En l'espèce, le droit à la demi-rente dès le 1er août 2005 étant né plus de trois ans après la suppression de la demi-rente au 31 mai 2001, les bases de calcul de l'ancienne rente ne sont plus applicables. Dès lors que la recourante ne conteste pas spécifiquement le revenu déterminant tel que calculé pour l'établissement de la rente due dès le 1er août 2005, il n'y a pas lieu de vérifier plus avant ledit calcul. 11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. 12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI 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

A/2341/2007 - 22/23 - présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émoulement de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

A/2341/2007 - 23/23 -

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