

GE_GERICHTE ATAS/559/2008 vom 8. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_559_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/559/2008 du 8 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/559/2008 del 8 maggio 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) 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

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 20 avril 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

A/1964/2007 - 10/17 - consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Dès lors que la recourante a expressément retiré ses conclusions relatives à l'octroi de mesures professionnelles, le litige porte exclusivement sur la question de son droit éventuel

à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 5

En substance, la recourante estime ne pas être en mesure de travailler au-delà de son taux d'occupation actuel; elle soutient que la perte de gain qui s'en suit doit lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, elle reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'elle ne présente pas d'affection invalidante, raison pour laquelle elle requiert, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise médicale. Cela étant, elle ne remet pas en cause, dans leur principe, les diagnostics posés par les médecins du SMR, à savoir une fibromyalgie, des migraines sans aura et des éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse.

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 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). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

A/1964/2007 - 11/17 - c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le

juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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

A/1964/2007 - 12/17 - 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. Étant 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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 légitimement 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). 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

A/1964/2007 - 13/17 - Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, 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 (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 8

a) En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par les docteurs P_____ et Q_____. Leur rapport est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées (la motivation a en outre été complétée en cours de procédure) et sont finalement corroborées par le médecin traitant lui-même. Le Tribunal de céans ne voit pas de raison de s'écarter de ce rapport, qui remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui conférée une pleine valeur probante. Bien que les inexactitudes reprochées aux médecins examinateurs par la recourante puissent sans doute apparaître à cette dernière comme étant d'une importance telle que les conclusions du rapport pourraient

en être faussées, cela n'est manifestement pas le cas; les points relevés par la recourante consistent, pour la plupart, en des différences d'interprétation ou en de menus détails sans véritable impact sur les conclusions médicales (bien que ces détails revêtent, pour l'assurée elle-même, une importance significative dans sa vie quotidienne). Dans ces circonstances, il n'est donc pas utile de faire procéder à une nouvelle expertise.

A/1964/2007 - 14/17 - Les médecins du SMR ont posé les diagnostics de fibromyalgie, migraines sans aura, éléments dépressifs réactionnels et ponctuels face à la souffrance d'une symptomatologie douloureuse (F43.21), tous sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont nié l'existence d'un trouble dépressif sur la base de leurs constatations cliniques, mais on tout de même retenu une pathologie du registre dépressif et n'ont pas contredit les appréciations ponctuelles faites par les médecins de la Clinique de Montana, notamment. Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux, au sens voulu par la jurisprudence constante, n'est pas avérée. Quand bien même le Tribunal serait arrivé à la conclusion opposée, cela se serait révélé sans incidence sur l'issue de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie, dès lors que notre Haute Cour assimile ces deux diagnostics dans le cadre de l'examen de leur caractère invalidant ; cf. ATF 132 V 65). En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-dessus, fondée sur la doctrine médicale, a clairement posé le principe selon lequel les troubles d'ordre dépressif, tel que celui dont la recourante se prévaut sur la base des avis de ses médecins, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils sont une manifestation réactive de ce dernier (ce qui est d'ailleurs explicitement reconnu par le médecin traitant lui-même dans le cas d'espèce). Les éléments au dossier ne permettent en effet pas de considérer que les problématiques psychiques seraient intervenues avant la symptomatologie douloureuse et ce même si la recourante estime que la première hospitalisation à la Clinique de Montana était motivée par une dépression et non par la fibromyalgie. Ladite hospitalisation a eu lieu bien après que le processus douloureux a été initié. Enfin, on ne peut finalement que se réjouir, pour l'intéressée, de voir que les troubles d'ordre dépressif qualifiés de moyens par les médecins de Montana se sont quelque peu amendés, à tout le moins à la période de l'examen au SMR et certainement depuis la reprise de l'activité professionnelle en octobre 2007. Quant aux autres diagnostics d'ordre psychiatrique figurant au dossier, les médecins du SMR ont expliqué clairement en quoi ils n'interféreraient pas sur la capacité de travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les discuter plus avant. b) La reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux) peut reposer sur la réalisation d'autres critères qui doivent revêtir une intensité et une constance certaines. En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Or, dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que de telles affections font défaut. Seules sont présentes, de façon

A/1964/2007 - 15/17 - prolongée et intense, les douleurs relatées par l'intéressée et qui ne sont, au demeurant, pas remises en question. Cette seule souffrance, bien qu'elle soit évidemment très difficile à vivre, n'est pas suffisante au regard des critères sévères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que la recourante souffre de façon inchangée (les « hauts et les bas » ne sont

finalement que peu significatifs à cet égard) depuis plusieurs années. La symptomatologie a effectivement débuté en 2001 et a un impact retentissant sur l'état de santé depuis plus de quatre années maintenant. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI). Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, quoi qu'en dise la recourante et quand bien même sa vie a été fortement perturbée par son affection malade, elle n'est pas non plus réalisée. Il a certes été établi que les crises douloureuses ont eu des conséquences sur la vie sociale de l'intéressée, mais pas dans la mesure exigée par la jurisprudence. La recourante a pu maintenir, et c'est tant mieux, un réseau d'amis et des contacts sociaux, même si les modalités d'échanges et de rencontres ne sont plus identiques à ce qui avait lieu par le passé et/ou n'ont plus la même intensité. Par ailleurs, elle a retrouvé un compagnon alors qu'elle était déjà en incapacité de travail, ce qui démontre de grandes facultés à vouloir conserver une vie sociale et affective. L'état psychique de l'assurée n'est manifestement pas cristallisé. Les médecins du SMR font état d'une simple possibilité à cet égard en évoquant un fonctionnement particulier dans les relations. Toutefois, il apparaît clairement que l'état psychique de la recourante est susceptible de fluctuations relativement importantes et d'améliorations notables à relativement bref délai (on se réfère en particulier ici aux effets bénéfiques des divers séjours à la Clinique genevoise de Montana). Enfin, on ne saurait constater un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art. Comme on vient de le voir, certains d'entre eux (traitements stationnaires) ont été marqués par une réussite, même si elle n'était que temporaire. Il en va de même des traitements médicamenteux qui ne sont pas sans effet, même s'ils ne permettent pas un amendement total de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, la recourante n'a pas épuisé toutes les possibilités de traitement ; elle a notamment renoncé à un suivi psychiatrique eu égard à l'absence d'effet de ce dernier. Cela étant, elle ne semble pas avoir bénéficié d'un traitement adéquat en la matière, étant donné qu'elle a consulté huit praticiens différents au cours d'une seule année et que l'on sait qu'il faut plusieurs séances, parfois sur quelques mois, avant que la relation thérapeutique qui doit se mettre en place et l'éventuelle fixation d'une médication puissent déployer tous leurs effets.

A/1964/2007 - 16/17 - En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Cette conclusion, considérée comme sévère par les médecins du SMR eux-mêmes, est imposée par les règles jurisprudentielles et n'est en aucun cas un constat de négation de la symptomatologie connue par la recourante. Au contraire, il y a lieu de relever les efforts de volonté entrepris par celle-ci, qui viennent confirmer le postulat jurisprudentiel selon lequel le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez un assuré jeune doit, en l'absence de comorbidité psychiatrique, rester exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

E. 9

Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté.

E. 10

La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

A/1964/2007 - 17/17 -

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