

GE_GERICHTE ATAS/63/2009 vom 15. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_63_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/63/2009 du 15 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/63/2009 del 15 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

E. 2

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003).

E. 3

Le litige concerne le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, respectivement à une rente d'invalidité, et porte sur le point de savoir si celle-ci présente une incapacité de travail et de gain fondant le droit à ces prestations.

E. 4

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343).

E. 5

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

A/1556/2008 - 17/21 - Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1). En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Enfin, lorsque, 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 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; 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 du 7 novembre 2008, 9C_170/2008, consid. 4.1). L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit

A/1556/2008 - 18/21 - (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

E. 6

A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 9 mai/18 décembre 2006, selon lequel la capacité de travail exigible dans l'activité professionnelle habituelle était de 20% depuis décembre 2000 ; en revanche, dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée, la capacité de travail était de 100%.

E. 6.1

Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport ne répond pas entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 5). D'une part, il apparaît que ce rapport n'a pas pris en compte les deux rapports d'IRM dorso-lombaire et cervicale des 24 mai et 6 juin 2006 (révélant en particulier un canal rachidien cervical rétréci aggravé par des discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7), si bien que l'on ne saurait considérer sans autre qu'il se fonde sur une analyse complète de la situation médicale. Par ailleurs, ses auteurs n'ont pas motivé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils se sont écartés de l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée (60%) exprimée par le Dr O _____ dans son expertise du 18 décembre 2003. A cet égard, ceux-ci se sont en effet apparemment limités à déduire de la discordance entre les plaintes de la patiente et les observations objectives que celle-ci était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Pareille motivation n'est toutefois pas suffisante à elle seule, ce d'autant que les médecins du SMR ne mentionnent pas les éléments leur permettant de conclure que l'assurée arriverait à assumer un plein rendement pour un tel taux d'activité (comp. ATF du 11 juillet 2005, I 314/04, consid. 3.2). Certes, ils ont exposé que leur examen bidisciplinaire avait mis en évidence un syndrome de majoration des symptômes que le Dr O _____ n'avait pas retenu à l'époque, « soit par omission, soit parce qu'il n'existait pas encore à ce moment, ce que l'on peut suspecter, la mobilité du rachis lombaire et de l'épaule droite étant meilleure à l'époque. Cependant, la personnalité histrionique était certainement déjà présente et avait pu conduire à une surévaluation de l'incapacité de travail dans une activité adaptée ». Force est toutefois de constater que cette dernière appréciation apparaît quelque peu

A/1556/2008 - 19/21 - contradictoire et repose au demeurant sur de simples suppositions ou hypothèses, nullement étayées. A cela s'ajoute que le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, posé par le SMR, n'est pas confirmé par les autres médecins intervenus, lesquels ont retenu des douleurs chroniques d'origine myofasciale (Drs O _____ et P _____), une fibromyalgie (Drs S _____ et Q _____), ou un trouble somatoforme indifférencié avec probable trouble de conversion (Dr R _____) ou encore un syndrome douloureux d'origine multiple (professeur A _____ et Dr B _____). On notera également un élément d'anamnèse contradictoire, - non discuté pas les auteurs -, dans la mesure où, dans leur rapport d'examen bidisciplinaire, les médecins du SMR affirment que l'assurée ne présentait pas un retrait social, alors que, selon le psychiatre traitant, la patiente se retranchait chez elle et ne sortait pour ainsi dire plus, passant la majeure partie de son temps couchée. Quant au Dr O _____, il a motivé de manière insuffisante son avis, selon lequel l'expertisée n'était pas en mesure d'exercer à plus de 60% une activité de remplacement même strictement adaptée à ses limitations, se bornant à affirmer à cet égard qu'il existait « une diminution de rendement qui découle de ses limitations fonctionnelles et qui était déjà intégrée dans l'estimation de la capacité de travail », (expertise, p. 10). Au surplus, l'estimation du Dr O _____ se fonde, en partie du moins, sur les indications subjectives de l'expertisée, qui s'est « montrée algique lors des transferts » (expertise, p. 6), si bien qu'elle ne saurait emporter sans autre la conviction (cf. VSI 2002/2, p. 67), même si, de l'avis de l'expert, les doléances de l'expertisée étaient tout à fait concordantes aux constatations objectives de l'examen clinique ainsi que du bilan radiologique et IRM tant du rachis que de l'épaule droite (ces derniers éléments visant d'ailleurs principalement à écarter l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux en l'occurrence). Au demeurant, il semble que le taux d'activité de 60% doive être relativisé dans la mesure où, en relation

avec l'octroi éventuel de mesures de réadaptation, l'expert a lui-même préconisé une évaluation préalable dans le cadre d'un stage dans un COPAI, afin « d'étayer la tolérance à l'effort de l'assurée » (expertise, p. 10). Enfin, si l'expert (rhumatologue) n'a pas retenu la présence d'une fibromyalgie, ni mis en évidence l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux, cette analyse n'est pas partagée par les autres spécialistes consultés en l'espèce, dont les Drs S _____ et Q _____ (neurologue, respectivement rhumatologue) et R _____ (psychiatre), qui ont retenu, à l'issue d'examens approfondis, l'existence de telles atteintes, indépendamment des discopathies diagnostiquées par le Dr O _____. A cela s'ajoute que, selon les Drs O _____ et P _____, le bilan de l'hospitalisation (du 8 au 26 août 2005) avait mis en évidence des douleurs chroniques d'origine myofasciale sur

A/1556/2008 - 20/21 - substrat somatique modéré à faible, diagnostic que l'expert n'a pas même évoqué.

E. 6.2

Par ailleurs, le dossier ne contient pas d'autre avis médical suffisamment étayé et convaincant pour apprécier dans quelle mesure, dans quelles activités et à partir de quelle date la reprise d'une activité professionnelle est exigible de la part de la recourante, au vu des atteintes à la santé qu'elle présente. En particulier, dans son rapport du 5 juillet 2006, le Dr Q _____, rhumatologue traitant, a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux variant entre 60% et 80%, tout en relevant que les difficultés psychosociales de l'assurée jouaient un rôle majeur dans l'invalidité de cette patiente. Or, de telles difficultés ne sauraient être prises en considération sous l'angle de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 s.). De même, l'avis complémentaire du SMR du 19 juin 2008 (selon lequel l'évolution de l'état de santé de l'assurée avait été objectivement favorable entre l'expertise rhumatologique de décembre 2003 et l'examen clinique au SMR du 10 février 2006) apparaît en contradiction avec le rapport d'examen de ce même SMR du 9 mai/18 décembre 2006, qui relève qu'à l'époque de ladite expertise la mobilité du rachis lombaire et de l'épaule droite était meilleure qu'au moment de l'examen au SMR du 10 février 2006.

E. 7

Aussi la cause doit-elle être renvoyée à l'administration afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI).

E. 8

Le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 9

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.