GE_GERICHTE ATAS/668/2007 vom 12. Juni 2007

GE Cour de justice, 2007-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_668_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/668/2007 du 12 juin 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/668/2007 del 12 giugno 2007

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois d'octobre 1998. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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 345 consid. 3). Les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc inapplicables dans le présent cas. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V

A/214/2007 - 9/18 - 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. En vertu de l'art. 89C let. c de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; E 5 10), les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18

décembre au 1er janvier inclusivement. Cette réglementation cantonale est semblable à celle qui est prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, de sorte que cette disposition du droit cantonal demeure applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (ATF 130 V 320 consid. 2.1; ATFA non publié du 20 octobre 2005, U 127/04, consid. 5.5). Dans un premier temps, à partir du jour de la communication de la décision sur opposition, il faut déterminer la fin du délai de recours, soit en l'espèce, le 5 janvier 2007 puisque le recourant a reçu la décision le 6 décembre 2006. On ajoute ensuite le nombre de jours de suspension écoulés, soit 15 jours (du 18 décembre au 1er janvier inclusivement), ce qui reporte l'expiration du délai au samedi 20 janvier 2007 (cf. ATF 125 V 39 consid. 4a; ATFA non publié du 26 août 2005, U 268/03, consid. 4.6). Celle-ci doit encore être reportée au premier jour utile (cf. art. 38 al. 3 LPGA; art. 17 al. 3 en liaison avec les art. 1er et 6 al. 1 let. b LPA), ce qui amène au lundi 22 janvier 2007. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-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 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

A/214/2007 - 10/18 - 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. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l’assuré a droit à une rente entière s’il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s’il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s’il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l’assuré peut, d’après l’art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s’il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l’assuré a droit à une rente entière s’il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s’il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s’il est invalide à 40% au moins. 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).

E. 6

Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte 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 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3). 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

A/214/2007 - 11/18 - 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 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 (ATF 131 V 49).

E. 7

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 connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 8

La recourante soutient, en se basant sur les rapports de ses médecins traitants, que sa capacité de travail est nulle, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière en s'appuyant sur l'expertise de la Clinique romande de réadaptation. Que l'on se réfère au diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr B_____ et le Dr de D_____ ainsi que par les experts du COMAI ou à celui de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts de la Clinique romande de réadaptation, il est constant que la recourante souffre d'un état douloureux sans substrat clairement objectivable. Les investigations pratiquées n'ont en effet révélé chez elle aucune atteinte somatique significative (pas de hernie discale et pas de canal lombaire étroit; status neurologique normal). Il convient donc d'examiner si les rapports médicaux, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision, permettent de statuer sur le caractère invalidant de cet état douloureux. Dans leur rapport du 25 septembre 2006, les experts de la Clinique romande de réadaptation ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une scoliose lombaire modérée, un status après encéphalite en 1983, un status après arthroscopie du genou droit en 1996, un status après césarienne en 1997 et 2001, un status après plastie de la paroi abdominale en 2004, enfin, une hypothyroïdie traitée. Lors de son examen clinique, le Dr J_____ a constaté une discrète scoliose lombaire, une cyphose basse dans le plan sagittal, une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs, une mobilité symétrique des hanches. Il a précisé que les manifestations douloureuses invoquées par la patiente étaient détachées du stimulus censé les déclencher, qu'elle présentait une auto-limitation à l'investigation médicale classique de sorte qu'une mesure correcte de la mobilité ou des angles rachidiens était impossible à effectuer en raison de contre-pulsions musculaires volontaires, enfin que la collaboration

était très limitée comme l'attestait la force de préhension dérisoire. En revanche, l'examen neurologique était en ordre, les

 réflexes tendineux vifs étaient obtenus symétriquement à tous les niveaux et l'expert n'a pas mis en évidence de déficit moteur. Lors de l'entretien psychiatrique, le Dr K_____ a observé une thymie discrètement triste, une labilité émotionnelle, une phase de pleurs, une conservation des fonctions cognitives et une absence de ralentissement. Il a considéré que la présence d'un épisode dépressif de degré moyen était indéniable selon les critères de l'ICD-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième révision). Il a expliqué que, sur le plan médical, suivant les symptômes présents, un tel trouble pouvait entraver de manière significative la capacité de travail d'un assuré. Dans le cas de la patiente, il a exposé que, d'une part, ce trouble ne pouvait pas être considéré comme une comorbidité significative, mais bien comme une réaction réactive ne pouvant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé, d'autre part, l'assurée ne présentait pas les critères qui justifiaient une incapacité de travail dans les cas exceptionnels en tant qu'elle avait de nombreuses relations personnelles, familiales et sociales, qu'elle ne présentait pas un état psychique cristallisé, enfin que la prise en charge psychiatrique paraissait tout à fait adéquate. Les experts ont relevé que les plaintes de l'assurée étaient vagues, que les douleurs n'orientaient pas sur une pathologie précise, mais qu'elles étaient universelles, continuelles, cotées à un très haut degré d'intensité et non modulables par les traitements. Ils ont observé qu'abstraction faite d'un comportement parasite visant à communiquer la douleur et à faire la démonstration de limitations, l'examen physique était sans anomalie significative. Ils ont indiqué que l'évaluation des capacités fonctionnelles se heurtait aux mêmes difficultés que lors de l'examen médical, à savoir, d'une part, que l'appréciation par la patiente de ses propres capacités réalisée sur la base d'un questionnaire aboutissait à un résultat misérable donnant à penser qu'elle ne pouvait pas réaliser le moindre effort et qu'elle était pratiquement réduite à la condition d'une grabataire, soit une estimation ne correspondant nullement à la réalité puisque l'assurée s'était déplacée de façon autonome en empruntant les transports publics, d'autre part, qu'elle exerçait la même auto-limitation que lors de l'examen médical, notamment en mettant fin à la tâche avant que les signes d'un quelconque effort aient pu être observés. Ils ont ajouté que l'image que la patiente donnait de quasi impotente ne correspondait pas à la réalité et qu'il s'agissait d'un comportement plus que d'une maladie. Ils ont conclu que l'enlisement dans le statut d'invalide avait été facilité par les méandres de l'instruction du dossier, par les positions contradictoires des divers intervenants et par les divers recours ainsi que les décisions de renvoi que ces contradictions avaient provoqués. Le rapport des médecins de la Clinique romande de réadaptation se base sur une observation dans le cadre d'un séjour hospitalier de trois jours, un examen clinique de la recourante, un entretien psychologique et une évaluation des capacités fonctionnelles. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance tant d'une anamnèse familiale,

 personnelle et sociale, psychiatrique que du dossier médical et radiologique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment motivé leur point de vue, notamment en expliquant pourquoi ils ne pouvaient retenir ni le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique de sévérité moyenne posé par le psychiatre traitant, ni une quelconque incapacité

de travail. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, contrairement aux divers médecins traitants, les experts ont relativisé l'intensité des douleurs décrites en se fondant sur le résultat des examens auxquels ils ont procédé et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATFA du

E. 12

En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, 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 soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. La recourante étant déboutée, elle sera par conséquent condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr.

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