

GE_GERICHTE ATAS/733/2011 vom 16. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_733_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/733/2011 du 16 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/733/2011 del 16 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de gain.

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré

A/1080/2009 - 14/20 - 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. 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. 1 LAI, 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.

E. 6

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 I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1; ATF 102 V 165). 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, consid. 5.3). 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 (ATF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). 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

A/1080/2009 - 15/20 - types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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. À cet égard, il convient 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/1080/2009 - 16/20 - 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la

capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF I 648/03 du 18 septembre 2004, consid. 5.1.3 et 5.1.4).

E. 8

En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr T_____ satisfait aux réquisits développés par la jurisprudence citée et doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert a en effet étudié le dossier médical de la recourante, établi l'anamnèse, recensé ses plaintes et s'est entretenu avec sa psychiatre. Il a également procédé à un examen clinique et a pris des conclusions claires, qu'il a pris soin de motiver de manière convaincante.

A/1080/2009 - 17/20 - Les critiques formulées par le SMR à l'égard de l'expertise tombent à faux. S'agissant du grief selon lequel le Dr T_____ ne s'est pas prononcé sur le rapport des Drs E_____ et F_____ et ne contient pas d'élément permettant de le remettre en cause, il faut souligner d'une part que le mandat d'expertise ne contenait aucune question expresse sur ce point. De plus, dans la mesure où le Dr T_____ retient une incapacité de travail dès début janvier 2009 et où les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail totale lors de leur examen de juillet 2008, leurs conclusions ne sont pas contradictoires et il n'était dès lors pas nécessaire que l'expert discute les conclusions du rapport de juillet 2008 de manière détaillée en expliquant pour quelles raisons il s'en écartait. Quant à la distinction entre dépression récurrente et épisode dépressif, il sied de souligner ce qui suit. Il est exact qu'un épisode dépressif et une dépression récurrente ont en général des incidences différentes sur la capacité de travail d'un assuré, comme le relève la Dresse O_____ dans son avis du 28 octobre 2010. Cependant, le Dr T_____ a exposé, tant dans son rapport d'expertise que dans ses explications complémentaires du 10 mai 2011, les difficultés à poser un diagnostic certain sur ce point, en indiquant que les critères permettant de conclure à une dépression récurrente n'étaient pas réunis en l'espèce, à défaut de guérison complète entre plusieurs épisodes dépressifs. L'expert a cependant précisé que la différence entre ces deux diagnostics est avant tout théorique, puisque la recourante souffre en réalité d'un état dépressif qui s'est aggravé et chronicisé au fil des ans, dont les répercussions actuelles sur la capacité de travail de la recourante sont établies. La qualification d'épisode dépressif moyen à sévère par l'expert est également contestée par le médecin du SMR, selon laquelle les critères de la CIM-10 ne seraient pas remplis. Selon cette classification, les épisodes dépressifs (F 32) sont ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une

aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut soient habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés

A/1080/2009 - 18/20 - considérables à poursuivre ses activités usuelles. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) implique que plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés soient présents. En l'occurrence, l'expert a fait état chez la recourante de tristesse, de pleurs, d'un accablement moral, d'un ralentissement idéique et moteur, d'une perte d'intérêt et de plaisir, de fatigue, de perte d'espoir, d'un sentiment de dévalorisation, d'inhibition de la pensée, de difficultés de concentration, de perte totale de la libido et de troubles du sommeil. Ainsi, ce sont à l'évidence plus de quatre des symptômes recensés par la CIM-

E. 10

qui ont été observés chez la recourante, de sorte que l'avis du SMR est manifestement erroné. On soulignera également que la Dresse M_____, les Drs V_____ et Q_____ ainsi que l'expert s'accordent tous à reconnaître que la recourante présente un épisode dépressif moyen, voire sévère. De plus, contrairement à la Dresse O_____, ces praticiens sont spécialisés en psychiatrie. Pour ces motifs également, leurs conclusions doivent l'emporter sur celles du médecin du SMR. Quant à la valeur de maladie en tant que telle de la symptomatologie dépressive, il y a lieu de rappeler que si selon la doctrine médicale, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, si bien qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, tel n'est pas le cas lorsqu'ils présentent des caractères de sévérité susceptibles de les distinguer d'un tel trouble (ATF I 176/06 du 26 février 2007, consid. 5.1). Le Dr T_____ a en l'espèce souligné que si le trouble somatoforme douloureux interagissait avec la dépression, cette atteinte dépassait les symptômes habituels dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, raison pour laquelle elle était en soi suffisante à entraîner une incapacité de travail. L'anamnèse révèle que les troubles dépressifs sont apparus avant les douleurs de la recourante, ce que confirme entre autres documents le rapport du Dr H_____ du 23 juillet 2008. Par conséquent, contrairement à ce que soutient la Dresse O_____ dans son avis du 6 juin 2011, la symptomatologie dépressive est antérieure au trouble somatoforme douloureux et ne peut donc avoir été causée par ce dernier. Il convient donc, en se fondant sur les conclusions de l'expert, d'admettre que la seule dépression a un caractère invalidant. Par surabondance, même s'il fallait admettre que la symptomatologie dépressive ne constitue pas une comorbidité suffisamment grave pour entraîner une incapacité de travail, les critères déterminants selon la jurisprudence pour conclure à l'impossibilité de l'assuré de fournir un effort de volonté pour surmonter ses douleurs sont largement réalisés dans le cas de la recourante, comme cela ressort des indications détaillées de l'expert. L'intimé affirme que tel n'est pas le cas en relevant que la recourante éprouve du plaisir à voir ses petits-enfants, ce qui l'amène à conclure qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. A cet égard, il convient de rappeler que le critère de perte d'intégration sociale a pour fonction de déterminer si un trouble somatoforme douloureux est effectivement invalidant en

A/1080/2009 - 19/20 - décelant des inconsistances dans le comportement de l'assuré. Si un trouble somatoforme douloureux constitue un obstacle à la reprise du travail par l'assuré mais ne l'empêche pas de continuer à entretenir des relations personnelles, familiales et sociales dans la même mesure qu'avant sa survenance, si l'assuré consacre son temps libre et ses vacances aux mêmes activités qu'auparavant, qu'il poursuit ses loisirs et ses activités non lucratives, il n'y a pas lieu de reconnaître le caractère incapacitant de cette atteinte. A l'inverse, si un assuré est dans une situation de retrait social, s'isole, renonce à des activités qui lui plaisaient en raison de ses douleurs, on doit admettre qu'il s'agit-là d'un indice important que ses douleurs ne peuvent être surmontées (MEYER-BLASER, op. cit., pp. 84-85). En l'espèce, la recourante continue certes à voir ses petits-enfants. Il est néanmoins faux de déclarer qu'elle ne subit pas de perte d'intégration, puisqu'elle a cessé de voir ses amies et ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle s'adonnait auparavant. Ainsi, ses douleurs ont également une incidence non négligeable sur sa vie sociale, ce qui constitue au sens de la doctrine précitée un indice important qu'elle n'est pas en mesure de les surmonter par un effort de volonté. Partant, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant sont également réunis dans le cas de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, qui reconnaît une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2009. Partant, la recourante a droit à une rente complète d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1er LAI, soit dès le 1er janvier 2010. 9. Le recours sera ainsi partiellement admis. L'intimé versera à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de dépens fixée à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Il supporte également l'émolument de 1'000 fr.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/1080/2009 - 20/20 - A la forme :

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