

GE_GERICHTE ATAS/853/2008 vom 6. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_853_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/853/2008 du 6 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/853/2008 del 6 agosto 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'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 fédérale 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 des assurances sociales. Sur le

A/587/2008 - 5/11 - plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de rente déposée par la recourante, au motif que son état de santé ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit aux prestations.

E. 5

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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération. 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 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. b) 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/587/2008 - 6/11 - 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 d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid.

E. 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. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration

A/587/2008 - 7/11 - 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATF non publié du 28 juin 2005, I 524/04). 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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). 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 TFA, 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 et les références citées).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPG). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher

A/587/2008 - 8/11 - l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, 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 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

Aux termes de l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. Selon cette disposition, la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). A cet égard, il sied de relever que lorsque l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande; si l'assuré ne fait que de proposer de les

A/587/2008 - 9/11 - produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68).

E. 8

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande. Afin de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière à influencer ses droits, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 25 janvier 2008 par laquelle l'intimé a rejeté la nouvelle demande du 26 mars 2007 et les circonstances existant à l'époque de la décision du 16 janvier 2006, confirmée par décision sur opposition du 8 août 2006, par laquelle l'intimé a rejeté la demande de prestations du 22 janvier 2004. C'est sur la base du rapport du SMR du 28 novembre 2005 que l'intimé avait conclu que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. En effet, en l'absence de comorbidité psychiatrique, le trouble somatoforme indifférencié n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail. Or, selon le Dr E_____, l'état de santé s'est

aggravé sur le plan psychiatrique. Dans son rapport du 22 mai 2007, il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans symptôme psychotique F33.2. La patiente est apathique avec une fatigabilité marquée, elle présente une anxiété à l'expression faciale et a tendance à l'isolement avec retrait social. L'humeur est déprimée avec préoccupation excessive et rumination anxieuse au sujet de son état de santé et de son avenir, le cours de la pensée est légèrement ralenti. Le trouble du sommeil est assez manifeste, sous forme de difficulté d'endormissement, de réveils nocturnes à répétition et de réveil matinal précoce avec un sommeil agité et non réparateur. La patiente nécessite une prise en charge psychiatrique dont des psychotropes et est en traitement depuis le 8 février 2006. Selon le psychiatre, l'incapacité de travail est de 100 % depuis fin 2003. Le SMR conteste le diagnostic retenu par le Dr E_____, considérant au vu de son rapport que les critères du diagnostic d'épisode dépressif sévère au regard de la CIM-10 ne sont pas réunis. Le Dr E_____ maintient cependant son diagnostic et souligne dans son rapport du 26 septembre 2007 que les critères qu'il a relevés sont compatibles avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent de degré sévère sans symptôme psychotique. Pour le surplus, s'agissant du diagnostic de syndrome douloureux persistant, il explique qu'il a voulu mentionner davantage et nuancer le degré de sévérité de ce symptôme en ajoutant le degré sévère. Ce point devrait être compris comme soulignant une importance et l'impact clinique invalidant de ce syndrome sur l'état de santé de la patiente et non pas faire le sujet de commentaires qui n'ont pas de sens clinique. Au vu du rapport du Dr E_____, il n'est pas exclu que l'état de santé de la recourante se soit aggravé sur le plan psychique. Le SMR conteste toutefois le

A/587/2008 - 10/11 - diagnostic retenu par le psychiatre. Or, si l'intimé entendait se fonder sur le rapport du SMR pour dénier toute valeur probante au rapport du Dr E_____, il lui appartenait d'ordonner une expertise psychiatrique, ce d'autant plus qu'un expert ne s'est jamais prononcé sur le plan psychiatrique, procédure indispensable pourtant dans le cadre d'une symptomatologie douloureuse. Quoi qu'il en soit, au vu du rapport du Dr E_____, l'on ne saurait conclure sans plus ample examen que l'état de santé ne s'est pas aggravé et que la recourante jouit d'une pleine capacité de travail excluant tout droit à des prestations de l'assurance - invalidité.

E. 9

Au vu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne une expertise psychiatrique. Il appartiendra à l'expert psychiatrique de poser un diagnostic précis, d'indiquer notamment quelle est la gravité de l'atteinte sur le plan psychique, si l'état de santé s'est aggravé et, enfin, de déterminer aussi objectivement que possible la capacité de travail de l'assurée.

E. 10

Le recours, bien fondé, doit être admis. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal fixe en l'espèce à 800 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 11

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

A/587/2008 - 11/11 -

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