

GE_GERICHTE ATAS/856/2012 vom 26. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_856_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/856/2012 du 26 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/856/2012 del 26 giugno 2012

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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue 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.

A/3296/2008 - 22/34 -

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le 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).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 15 septembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité au moins à compter du 1er juin 2005 et, singulièrement, sur sa capacité de travail résiduelle.

E. 5

a) 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 (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de

l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

E. 6

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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

A/3296/2008 - 23/34 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 7

a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains

A/3296/2008 - 24/34 - syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). b) Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). 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. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). A l'inverse, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff

A/3296/2008 - 25/34 - der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose

ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

E. 8

a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1 ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine) sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance

A/3296/2008 - 26/34 - médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04),

lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

E. 9

Le Tribunal fédéral a précisé, dans le cas d'un recourant ne présentant pas uniquement un syndrome somatoforme douloureux, mais également un autre trouble psychique bien défini relevant d'une classification internationale reconnue, soit un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, qu'il ne ressortait nullement de la jurisprudence rendue jusqu'alors que seuls les troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale. En l'espèce, un certain nombre de critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble

A/3296/2008 - 27/34 - somatoforme étaient réunis, conformément à la jurisprudence (comorbidité psychiatrique, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale, caractère chronique de la maladie sans rémission durable). De surcroît, les éléments du dossier ne permettaient pas de retenir une exagération des symptômes ou une simulation, le tribunal fédéral adhérant aux conclusions des experts, selon lesquels il y avait lieu de retenir que le recourant, même dans une activité adaptée à sa pathologie, présentait une incapacité de travail de 50 % seulement (arrêt non publié I 129/02, du 29 janvier 2003, consid. 4.4).

E. 10

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. 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, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

A/3296/2008 - 28/34 - contrairement à ce qui est apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

E. 11

En l'espèce, la Cour considère en premier lieu que l'expertise des Dr G_____ et H_____ peut se voir accorder une pleine valeur probante. Elle est fondée sur l'ensemble du dossier médical, elle tient compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée, les constatations objectives sont précises et les conclusions sont convaincantes. Le rhumatologue a ausculté deux fois l'assurée et le psychiatre a eu trois entretiens de 90 minutes. Contrairement à ce que soutient le SMR, le fait que le Dr G_____ "ignore comme d'habitude" la jurisprudence du Tribunal fédéral est un gage de sérieux. Le rôle du médecin est d'apprécier l'état de santé de l'expertisé. Pour ce faire, il ausculte le patient, écoute ses plaintes, examine et analyse le dossier médical, puis il pose des diagnostics, selon les critères de la CIM, il précise les limitations ou effets de l'affection retenue et, enfin, il évalue le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative et son pronostic doit tenir compte des divers critères ressortant de l'ordonnance d'expertise. C'est le rôle des juristes de l'administration et du juge d'appliquer la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les diagnostics, les limitations, la date du début de l'incapacité durable et les effets des affections sur la capacité de travail de l'assurée, tels que retenus par les experts seront examinés successivement, puis confrontés, voire complétés par les éléments ressortant des autres avis médicaux. S'agissant des diagnostics, les experts retiennent que les douleurs de l'assurée ne trouvent pas leur origine dans une affection rhumatologique objectivable, de sorte que le diagnostic de fibromyalgie est clairement confirmé, les experts rejoignant donc l'avis des Dr D_____, A_____, C_____ et B_____, ce diagnostic n'ayant au demeurant jamais été remis en cause. Il a été diagnostiqué pour la première fois

en 2001 par le Dr A_____ et il est clairement établi dès 2004. Les experts confirment le diagnostic de syndrome des jambes sans repos (ou impatience des jambes ou RLS) et exposent de façon convaincante qu'il n'était pas nécessaire de s'adjoindre le concours d'un expert en neurologie, ce diagnostic ayant été posé et confirmé par le spécialiste en neurologie consulté en 2009 et 2010. Ce diagnostic est également mentionné par les Drs A_____ et B_____, ceux-ci divergeant seulement quant à ses effets sur la capacité de travail. Tous les médecins consultés s'accordent à dire que le RLS constitue une affection distincte de la fibromyalgie, bien que les patients atteints de cette dernière affection connaissent fréquemment la première. De même, les experts confirment qu'à la différence de la fibromyalgie - pour laquelle aucun examen ne permet d'objectiver les douleurs - , le RLS est objectivé par la polysomnographie qui mesure la

A/3296/2008 - 29/34 - fréquence du mouvement incontrôlé des jambes. L'expertise confirme aussi que l'apparition du RLS est antérieure à la fibromyalgie. La patiente en souffre depuis son enfance, mais la maladie s'est aggravée lors de sa grossesse en 1982, ce qui est un phénomène caractéristique de cette affection selon le Dr I_____. C'est ainsi en 2000 que la patiente consulte le Dr A_____ pour cette pathologie spécifique. A cet égard, l'avis de l'OAI objectant que la maladie existe dès l'enfance sans impliquer d'incapacité n'est pas pertinent, eu égard à l'aggravation constatée suite à la grossesse, à l'antériorité du RLS à la fibromyalgie et à la dépression, ainsi qu'à l'effet incapacitant de ce syndrome après plusieurs années durant lesquelles la patiente en subit les symptômes. Sur le plan psychique, les experts diagnostiquent un trouble dépressif moyen, présent depuis plusieurs années. Ce diagnostic est fondé sur l'examen de la patiente, ses plaintes, les rapports du médecin psychiatre qui la suit depuis 4 ans. Il est corroboré par le rapport du Dr A_____, l'anamnèse du Dr B_____ et le rapport du Dr E_____ mentionnant que l'assurée présentait un trouble dépressif depuis 2001 ou 2002, traité depuis 2003 par antidépresseur et une psychothérapie déléguée à une psychologue depuis lors, avant la reprise du suivi par le Dr E_____ en 2008. Les explications du Dr G_____ quant à la pondération du score obtenu (dépression sévère) par les constatations objectives pour déterminer une gravité moyenne sont convaincantes. Au demeurant, ce diagnostic n'est pas remis en cause par les avis médicaux des Dr E_____ et A_____ qui retenaient un état dépressif, qualifié par le Dr E_____ de moyen, sauf en 2008 où il était sévère en 2008. Quant au Dr B_____, il n'a pas précisément qualifié l'état thymique de l'assurée, tout en laissant entendre qu'il ne serait pas altéré, alors qu'il relève des troubles du sommeil, une libido diminuée et omet de tenir compte des éléments d'anamnèse relevés par les experts. En résumé donc, les avis des autres psychiatres ne sont pas de nature à faire douter de celui de l'expert psychiatre, qui retient un trouble psychiatrique déterminé et référencé. Dès lors, la question qu'il convient d'examiner est celle de savoir si les atteintes à la santé somatiques et psychiques dont souffre l'assurée sont invalidantes en tant que telles ou s'il s'agit d'un syndrome douloureux dont les effets pourraient ou ne pourraient plus être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. S'agissant de déterminer les effets du RLS sur la capacité de travail, la Cour n'a pas estimé utile de mandater un expert supplémentaire (neurologue), au vu des conclusions convaincantes des experts à cet égard. D'une part, la sévérité du trouble ressort des examens objectifs polysomnographiques effectués en 2009 et 2010, le premier sans médication, le second alors que la patiente prend l'ensemble du lourd traitement prescrit. D'autre part, les trois pathologies de l'assurée (fibromyalgie, dépression et RLS) sont imbriquées à plusieurs égards, de sorte que les experts estiment illusoire de

déterminer précisément quel serait le pourcentage de capacité de travail de l'assurée en présence du seul RLS et d'une dépression - légère ou moyenne - qui existerait vraisemblablement sans la fibromyalgie et serait alors

A/3296/2008 - 30/34 - réactionnelle ou associée au RLS et amplifiée par ce syndrome. Il est toutefois établi par le Dr I _____ et confirmé par les experts que le RLS, et ceci indépendamment de la fibromyalgie, a pour conséquence une très importante fatigue, des troubles de la concentration et de l'irritabilité. Les Dr B _____ et C _____ avaient retenu en 2006 que ce syndrome avait connu une amélioration dès 2004 ou 2006, voire une rémission de quelques mois, grâce au traitement alors instauré, le Dr B _____ relevant toutefois que les plaintes de la patiente concernant le RLS étaient authentiques. Le SMR avait mis en exergue que l'assurée avait réussi à travailler plusieurs années malgré une pathologie présente depuis l'enfance. Il ressort toutefois de la confrontation des divers avis que ce trouble s'est aggravé progressivement dès la grossesse en 1982, qu'il est fréquent que le RLS implique des troubles du sommeil qui s'installent peu à peu et parfois progressivement sur plusieurs décennies. L'assurée a d'ailleurs admis que le traitement prescrit depuis 2006 avait amélioré la pathologie, mais partiellement seulement, l'assurée devant se lever la nuit pour reprendre des médicaments et la fréquence des mouvements ressortant de la polysomnographie étant confirmée par l'époux. Il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée souffre d'un RLS sévère, soit une affection somatique distincte de la fibromyalgie et que l'amélioration n'a été que passagère et partielle. L'étiologie du trouble dépressif doit être examinée, bien que les experts estiment à juste titre qu'elle n'est pas déterminante du point de vue médical, dès lors que la jurisprudence estime qu'un trouble dépressif de degré moyen associé à une fibromyalgie n'est en principe pas une comorbidité suffisamment grave, en l'absence des autres critères, pour que la fibromyalgie soit invalidante. Les dates susmentionnées et l'ensemble des avis médicaux montrent que l'état dépressif est apparu après la fibromyalgie, ce que les experts confirment. Ils exposent de plus que l'état dépressif et son intensité sont liés à plusieurs facteurs. L'importante composante psychiatrique familiale, le traumatisme familial dans l'enfance et les difficultés relationnelles familiales ont fragilisé l'état psychique de l'assurée et favorisé la dépression, et les conflits conjugaux de 2008 ont aggravé cet état. Toutefois, les experts affirment clairement que l'état dépressif serait moins grave sans la fibromyalgie et que le tableau serait fort différent, les douleurs étant particulièrement invalidantes. Le Dr E _____, médecin traitant, estimait quant à lui que l'état dépressif n'était pas réactionnel à la fibromyalgie, mais consécutif aux événements vécus, en particulier durant l'été 2008, mais cet avis ne permet pas de remettre en cause les conclusions des experts, eu égard notamment au début de la dépression. Quant au Dr B _____, il s'avère que son anamnèse a omis de tenir compte des éléments pertinents mis en évidence par les experts, dont l'avis motivé et tempéré est convaincant. Il faut donc admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état dépressif d'intensité moyenne n'est pas une affection complètement indépendante de la fibromyalgie, car elle est partie en tout cas réactionnelle à celle-ci, ni un trouble exclusivement lié à la fibromyalgie et qui

A/3296/2008 - 31/34 - n'existerait tout simplement pas sans cette pathologie, dès lors que, selon les experts, l'état dépressif est favorisé par le passé de l'assurée, qu'il est amplifié par le RLS et qu'il a été aggravé par les conflits conjugaux de 2008. Il faut donc admettre que l'assurée présenterait tout de même un trouble dépressif, vraisemblablement d'intensité plus

légère, en l'absence de fibromyalgie et sans que l'on puisse en estimer la gravité en présence du seul RLS. S'agissant des effets sur la capacité de travail de l'assurée de l'ensemble des pathologies, les conclusions des experts qui retiennent une incapacité de travail de 50% sont particulièrement bien motivées. Ils admettent qu'en l'absence de fibromyalgie, l'incapacité de travail serait moindre car ce sont essentiellement les douleurs qui sont invalidantes, la dépression s'y ajoutant. Tous les avis admettent que le RLS a de graves conséquences sur le sommeil de l'assurée et implique, per se, une importante fatigue. Toutefois, contrairement à l'avis du Dr B _____, les troubles du sommeil liés à la dépression ont bien été traités "ex lege artis", car les experts expliquent fort bien que ce traitement n'a pas d'effet sur les troubles du sommeil découlant du RLS, eu égard au fait que ces deux pathologies ont des effets très différents sur le sommeil. De plus, le RLS reste sévère malgré un traitement adéquat. A cela s'ajoute le fait que l'état dépressif répond moins bien aux anti-dépresseurs en présence d'un RLS et de la fatigue en découlant, les experts confirmant sur ce point l'avis du Dr E _____, selon lequel les troubles du sommeil dus au RLS amplifient les troubles dépressifs et compliquent le traitement pharmacologique. De même, le I _____ indique que le traitement anti-dépresseur peut favoriser la persistance d'un RLS, ce qui complique encore plus sérieusement le traitement de ces deux pathologies, distinctes de la fibromyalgie. Ainsi, sans qu'il soit possible de déterminer quelle serait la capacité de travail de l'assurée en présence d'un seul RLS et d'une dépression, ces deux pathologies doivent être prises en compte dans l'évaluation globale. Les experts retiennent ainsi que l'état dépressif et le RLS sont des comorbidités psychique et somatique d'une gravité suffisante, compte tenu de leur acuité et de leur durée. Il a été établi que l'état dépressif était d'intensité moyenne, aggravé par le RLS. Il s'avère de plus que le RLS, séparément de la fibromyalgie, est une maladie somatique chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, malgré un traitement adéquat et impliquant les importantes limitations fonctionnelles établies. Bien que l'effet thérapeutique du traitement sur le plan psychique soit présent, l'assurée est confrontée à l'échec ou en tout les cas à l'absence de succès des traitements instaurés, dès lors que la fatigue et ses conséquences, liés à la pathologie des jambes sans repos, de même que leurs effets négatifs sur l'état dépressif, ne semblent pas pouvoir connaître d'amélioration, en plus des douleurs chroniques, celles aux jambes étant dues au RLS. Or, l'adhésion de la patiente au traitement est bonne et les experts ne retiennent aucune exagération, ce que le Dr B _____ avait aussi relevé à propos du RLS. De même, en raison de l'intrication et des effets négatifs croisés des traitements contre

A/3296/2008 - 32/34 - la dépression et le RLS, aucune amélioration des effets du traitement ne semble envisageable, le RLS restant sévère avec ou sans traitement anti-dépresseur, lors des examens effectués. Seuls deux des autres critères dégagés par la jurisprudence du Tribunal fédéral ne sont pas remplis. Il est établi que l'assurée ne subit pas une perte d'intégration sociale, ne serait-ce que parce qu'elle continue à travailler à mi-temps et son état psychique n'est pas cristallisé, car une évolution reste possible selon les experts. Compte tenu de l'ensemble des motifs rappelés ci-dessus, les experts ont conclu avec pertinence que l'assurée ne disposait pas des ressources nécessaires, de sorte qu'il n'était pas exigible d'elle qu'elle reprenne une activité au-delà de 50%. Elle ne peut donc pas, et ce malgré l'effort de volonté évident qu'elle fait, suffisamment surmonter les conséquences de la fibromyalgie, en raison des effets du RLS et de l'état dépressif chronique. L'assurée est donc incapable de travailler à plus de 50%, mais le maintien de son emploi permet d'éviter une aggravation de son état de santé et de limiter son invalidité. A noter que les HUG ont à

plusieurs reprises adapté le poste de travail de l'assurée, qui travaille avec des nouveaux nés de très petit poids et un horaire souple, qui permet de tenir compte de la fatigue. On peut donc retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que ce sont ces conditions particulièrement favorables mises en place par un employeur décidé à tout mettre en œuvre pour maintenir en activité l'assurée qui permettent une capacité de travail de 50%. Il s'agit donc d'un poste de travail adapté, et, compte tenu de ce qui précède, le taux d'incapacité de travail se confond avec celui de l'invalidité. S'agissant finalement du début de l'incapacité de travail durable, les experts retiennent la date de février 2005, en raison des douleurs et de la fatigue chronique dus à la fibromyalgie et au RLS. Il a été établi par l'audition du Dr E_____ notamment que les troubles sont traités depuis 2003, que les épisodes dépressifs sont documentés depuis 2005 en tout cas et le fait que les experts mentionnent que cet état dépressif (en tant que tel suite aux problèmes familiaux) a un effet documenté par un psychiatre sur la capacité de travail dès septembre 2008 n'est pas déterminant. En effet, les experts confirment l'impossibilité de séparer les effets des divers diagnostics, de sorte qu'il convient de retenir que l'incapacité de travail à 50% remonte à février 2005. Au demeurant, le SMR n'a jamais contesté le début de l'incapacité de travail durable, mais seulement le caractère incapacitant des troubles retenus. Le taux d'incapacité de travail et le début de celle-ci ont également été confirmés par le Dr F_____, médecin conseil de l'employeur. En conséquence, l'assurée a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2006. Elle a également droit au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1er février 2008, soit à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, A/3296/2008 - 33/34 - étant précisé que la recourante s'est entièrement conformée à l'obligation de collaborer qui lui incombe (art. 26 al. 2 LPGA et 7 OPGA).

E. 12

Ainsi, le recours est admis, la décision du 23 juillet 2008 est annulée et l'assurée a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2006, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1er février 2008, dans les limites de l'art 24 al. 4 LPGA, les montants dus à des tiers, tels l'Hospice Général par exemple ne portant pas intérêts. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 4'500 fr. eu égard au nombre important d'écritures et d'audiences, ainsi qu'à la complexité de l'affaire (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/3296/2008 - 34/34 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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