

GE_GERICHTE ATAS/867/2010 vom 31. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_867_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/867/2010 du 31 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/867/2010 del 31 agosto 2010

Erwägungen

E. 29

Le 27 janvier 2010, l'intimé a rendu une décision confirmant sa proposition du 27 octobre 2009.

E. 30

Par courrier du 5 février 2010, le Dr V_____ a maintenu les termes de son courrier du 25 novembre 2009 et a rappelé que sa patiente ne s'était jamais plainte au premier plan de symptômes physiques, insistant pour effectuer des investigations médicales.

E. 31

Le 11 février 2010, Madame G_____ et Monsieur H_____, docteurs en psychologie, ont établi un compte rendu de thérapie, selon lequel la symptomatologie dépressive de l'assurée était sévère.

E. 32

Par recours du 22 février 2010, l'assurée a contesté la décision précitée. A l'appui de sa position, elle fait valoir que l'expertise du Dr A_____ ne dispose d'aucune valeur probante, l'expert posant un jugement hésitant, et se détachant des avis de quatre spécialistes sans donner d'explication. La recourante conclut ainsi à l'audition du Dr V_____ et à la réalisation d'une expertise judiciaire. Cela fait, elle sollicite l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

E. 33

Dans sa réponse du 1er avril 2010, l'intimé considère que les divers avis médicaux ne permettent pas de conclure à l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave telle que requise par le jurisprudence pour admettre la présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. Pour l'OAI, les médecins traitants procèdent à une évaluation différente d'une même situation stable sans réelle détérioration objective de l'état de santé de la recourante.

E. 34

Par courrier du 23 juillet 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et leur a soumis la mission d'expertise. Il leur a octroyé un délai afin qu'elles puissent faire part des questions supplémentaires qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert psychiatre.

E. 35

Le 3 août 2010, l'intimé estime que si le diagnostic de fibromyalgie doit être investigué, la mission d'expertise doit comporter une question formulée de manière non univoque sur l'existence ou non d'une telle atteinte. Il souhaite en outre que la question e) fasse référence

à un « trouble thymique » et non à un « état dépressif majeur ».

- 9/19-

A/656/2010

E. 36

De son côté, la recourante demande que le point e) soit complété de la manière suivante : « en cas de diagnostic de dépression – l'épisode de dépression est-il unique ou récurrent ? – quel est le pronostic ? – en cas de reconnaissance d'une incapacité de travail, est-elle due à la dépression ou à une autre maladie ». Elle indique également que le diagnostic de fibromyalgie est contesté et que la question h) devrait être formulée de la manière suivante « en cas de diagnostic de fibromyalgie ».

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 27 janvier 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de novembre 2006 doit être examiné au regard

- 10/19-

A/656/2010 des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité, singulièrement si l'expertise du Dr A_____ dispose d'une valeur probante suffisante pour permettre à l'intimé de rejeter la demande de prestations formulée par la recourante. 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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 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 294 consid. 4c in fine). 6. Il y a lieu de préciser que dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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. Il convient 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 49).

- 11/19-

A/656/2010 Le Tribunal fédéral a 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). 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, 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). 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 KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). 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 Tribunal fédéral des assurances, 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

- 12/19-

A/656/2010 diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). 7. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 8. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

- 13/19-

A/656/2010 b) 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 9. a) 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). b) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 10. En l'espèce, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité se fondant sur le rapport d'expertise du A _____ du 28 septembre 2009, lequel a retenu le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45), ayant une répercussion sur la capacité de travail, à raison de 30%. Il a en outre posé les diagnostics de trouble anxieux sans précision (F41.9) et de personnalité dépendante

- 14/19-

A/656/2010 (F60.7) comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. 11. Dans le cas d'espèce, l'expertise du Dr A _____ n'est pas suffisamment crédible pour que le Tribunal de céans puisse suivre ses conclusions, sans avoir de doute sur la solution adoptée. En effet : – Le Dr A _____ se contredit tout d'abord sur un point important: la date à laquelle le premier épisode dépressif est apparu. En effet, en page 11 de l'expertise, ce praticien a indiqué qu'il retenait du dossier médical que le premier épisode dépressif remontait à 1997 et qu'un traitement antidépresseur était alors nécessaire. Toutefois, en page 20 de ce même rapport, il a précisé qu'il lui semblait que la recourante avait développé les signes et les symptômes d'un état dépressif après le diagnostic de fibromyalgie et que la patiente elle-même reconnaissait ne jamais avoir été dépressive ni avoir souffert de tristesse avant 2002. Or, la date d'apparition du premier épisode dépressif peut le cas échéant jouer un rôle dans l'appréciation du caractère réactif du syndrome dépressif. – L'expertise du 28 septembre 2009 est en outre lacunaire. En effet, elle ne tient tout d'abord pas compte du séjour de la recourante à la Clinique genevoise de Montana du 16 janvier au 5 février 2007.

Par ailleurs l'expert indique que le handicap est d'environ 30%, "l'assurée étant limitée tout de même lorsqu'elle regarde la télévision, par exemple, ne pouvant retenir ce qu'elle observe; il y a également des troubles de la mémoire et du sommeil". La capacité ainsi retenue semble correspondre à sa capacité à effectuer les travaux habituels et non à la capacité de travail de la recourante dans son activité d'employée d'entretien. L'expertise ne contient par ailleurs aucune explication sur les raisons qui ont conduit le Dr A _____ à retenir une incapacité de travailler de 30% dans l'activité habituelle de la recourante.

Si l'expert a certes examiné la compliance de la recourante avec la médication, il n'en demeure pas que le rapport d'expertise n'indique pas si c'est le Dr A _____ lui-même,

et dans l'affirmative, à quelle date ces mesures ont été effectuées. En outre, le Tribunal de céans s'étonne que le médecin mandaté par l'OAI n'ait pas été en mesure d'effectuer le dosage plasmatique du Wellbutrin, dont le principe actif est le Bupropion, alors que le Dr V _____ a réalisé le dosage plasmatique de ce médicament. Il n'est ainsi pas possible de savoir si la recourante suivait le traitement médical prescrit et si celui-ci était adéquat.

- 15/19-

A/656/2010 – De surcroît, le rapport du Dr A _____ est difficilement compréhensible lorsqu'il mentionne les limitations physiques et psychiques. Si la recourante présente certes de la fatigue et des douleurs partout dans le corps, ou encore une tristesse, un trouble de la concentration et de la mémoire, des idées suicidaires ou des troubles du sommeil, l'expert n'explique pas pour quelles raisons ces limitations entraînent une incapacité de travail de 30% dans l'activité professionnelle habituelle. – Enfin, le Dr A _____ retient le diagnostic de trouble somatoforme avec trouble dépressif récurrent d'un degré moyen propre à l'évolution naturelle du trouble somatoforme (F45), sans expliquer les raisons pour lesquelles il se distancie des diagnostics de quatre spécialistes, les Drs W _____, DALLON-S _____, T _____ et V _____, qui retiennent tous un épisode sévère. Cet expert retient également un trouble somatoforme et non une fibromyalgie, alors que ce dernier diagnostic a été posé par le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne et en affections rhumatologiques, ainsi que par le SMR dans un rapport du 23 mars 2006, qui remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine force probante comme cela a été confirmé par le Tribunal de céans dans son arrêt rendu le 14 novembre 2006 (ATAS/1026/2006). Or, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme font l'objet d'une classification différente dans la CIM-10. Quant au Dr V _____, il a certes mentionné l'existence d'un trouble somatoforme dans son rapport du 5 mai 2009, mais il est revenu sur ce diagnostic et l'a expressément exclu dans ses courriers des 25 novembre 2009 et 5 février 2010, retenant même le diagnostic de fibromyalgie dans son premier courrier. S'il est vrai que le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie sont traités de manière identique sur le plan juridique, il n'en demeure pas moins que la différence de diagnostic fait douter le Tribunal de céans de la solidité des conclusions du Dr A _____. Fort des considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr A _____ ne remplit pas les conditions jurisprudentielle permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. 12. Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal de céans se voit contraint d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée. L'expertise sera ainsi confiée au Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel devra prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée.

- 16/19-

A/656/2010 Il sera encore précisé que le diagnostic de fibromyalgie, trouble rhumatologique, a été posé par le Dr M _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et par les Drs P _____ et Q _____, experts du SMR, dans leur rapport du 23 mars 2006, auquel une pleine valeur probante a été reconnue le 14 novembre 2006 (ATAS/1026/2006). Par ailleurs, ce diagnostic a, à maintes fois, été repris tant par le SMR que par la recourante et il n'a jamais été contesté. La mise en œuvre d'un volet rhumatologique dans le cadre de l'expertise n'apparaît pas nécessaire et la question h) ne sera par conséquent pas modifiée. En outre, le Tribunal de céans relève que la question f) porte sur les conséquences sur la capacité de travail de chaque diagnostic retenu de sorte

qu'il n'y a pas lieu de compléter la question e) en la faisant porter sur cette même capacité de travail. Enfin, la question k) traite de manière générale du pronostic, donc également en cas de diagnostic de dépression, de sorte qu'il n'y a pas lieu de faire porter la question e) sur ce point. 7. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée.

- 17/19-

A/656/2010

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