

GE_GERICHTE A/1428/2013 vom 27. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1428_2013

FR: GE_GERICHTE A/1428/2013 du 27 janvier 2016

IT: GE_GERICHTE A/1428/2013 del 27 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011,

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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, à ce motif, 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 et les références).>![endif]>![if> 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 LPG), 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>![endif]>![if> Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8) Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 8). 9. a. En l'espèce, les Drs N_____ et O_____ ont établi un rapport d'expertise en date du 19 février 2015, dans lequel ils ont fait état d'une capacité de travail de 80% sur le plan rhumatologique, avec

éventuellement une diminution de rendement de 20% en raison de l'état dépressif léger. A titre de diagnostics, ces médecins ont notamment retenu ceux d'arthrose digitale, de douleurs chroniques dans l'avant-pied droit dans le contexte d'un statut après fracture-luxation survenue lors d'un accident le 18 août 2004 et fibromyalgie ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique.

Force est de constater que le rapport du 19 février 2015 fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Cela étant, la chambre de céans constate également que les experts n'ont pas évoqué certaines atteintes pourtant mentionnées par les médecins traitants et le SMR, soit :

- s'agissant de l'atteinte à l'épaule : conflit sous-acromial chronique, sans rupture de la coiffe des rotateurs, fibrose d'adaptation des tendons de la coiffe gauche et calcification de l'insertion profonde proximale du sus-épineux et épaissement réactionnel de la capsule articulaire gléno-humérale et de ses ligaments (échographie de l'épaule gauche du 21 janvier 2011), périarthrite scapulo-humérale (rapport du Dr F_____ du 7 février 2011) ; lésions dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire (scintigraphie osseuse du 16 juin 2011) ; omalgie bilatérale dans un contexte de syndrome de la coiffe des rotateurs avec tendinopathie et capsulite rétractile partielle à droite (rapport du SMR du 14 septembre 2011) ;
- concernant l'atteinte au dos : tassements L4-L5 (rapport de la Dresse L_____ du 26 avril 2011 notamment), troubles statiques avec dysbalance musculaire et discopathie débutante associée à une arthrose débutante inter-facettaire postérieure prédominant à gauche (rapport du SMR du 14 septembre 2011).

Par ailleurs, dans son courrier du 2 octobre 2013, le Dr M_____ a expliqué que notamment les atteintes articulaires, lesquelles avaient été confirmées par l'imagerie, montraient le bien-fondé des plaintes évoquées par la recourante mais que celles-ci pouvaient être majorées par l'état dépressif fluctuant et le syndrome douloureux persistant. Dans la mesure où dans son ordonnance d'expertise du 14 avril 2014, la chambre de céans a invité les experts à commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants, et que tel n'a pas été le cas, l'expertise doit être considérée comme étant lacunaire. Par conséquent, le Dr N_____ sera invité à expliquer pour quels motifs il n'a pas retenu de diagnostics autres que la fibromyalgie s'agissant des atteintes au rachis et à l'épaule.

b. La chambre de céans constate également que, alors même que les atteintes retenues étaient similaires, le Dr N_____ a retenu moins de limitations fonctionnelles au niveau des mains que le SMR, lequel a mentionné les suivantes : les atteintes aux membres supérieurs et aux mains interdisaient les activités nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains (pas de période de frappe supérieure à une demi-heure sans possibilité de pauses de une à deux heures entre chaque période de frappe, pas d'activité nécessitant une motricité fine et en force des deux mains, pas d'activité nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains, pas d'activité d'antéimpulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°). Dans ces circonstances, l'expert rhumatologue sera invité à se prononcer sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, en indiquant s'il y adhère et, dans la négative, les raisons qui le poussent à s'en écarter.

c. A cela s'ajoute le fait qu'alors même que le rapport d'expertise mentionne le diagnostic de fibromyalgie, il n'examine à aucun moment si les critères de Meyer-Blaser permettent de retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie. Dans cette mesure, le rapport d'expertise du 19 février 2015 est lacunaire et doit être complété. Cela étant, dans

son ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, applicable par analogie en matière de fibromyalgie. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette jurisprudence s'appliquant notamment aux procédures en cours, le Dr O_____ devra compléter son rapport d'expertise en prenant en considération les nouveaux critères mentionnés précédemment. d. Pour tous ces motifs, l'expertise du 19 février 2015 devra être complétée par les Drs N_____ et O_____. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne un complément d'expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____. 2. Commet à ces fins les docteurs O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et N_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 3. Charge les experts de compléter leur rapport d'expertise du 19 février 2015 en répondant, de manière détaillée, aux questions suivantes : 1. Les plaintes de la recourante s'agissant du rachis et de l'épaule sont-elles objectivées ? 2. Dans l'affirmative, pour quels motifs n'avez-vous pas retenu de diagnostics y relatifs ? 3. Dans tous les cas, dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées, notamment dans l'expertise du 14 février 2015, limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la recourante). 4. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 5. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 6. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 7. La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 8. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 9. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 10. Pour quels motifs les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise du 15 février 2015 sont-elles moins importantes que celles mentionnées par le SMR dans son rapport du 14 septembre 2013 ? Veuillez détailler et motiver votre réponse. 11. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 12. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes : a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? La recourante bénéficie-t-elle d'un traitement adéquat ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 13. Toute remarque utile et proposition des experts. 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport complémentaire en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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