

GE_GERICHTE A/156/2008 vom 27. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_156_2008

FR: GE_GERICHTE A/156/2008 du 27 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/156/2008 del 27 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.11.2008
A/156/2008

A/156/2008 ATAS/1418/2008 du 27.11.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/156/2008 ATAS/1418/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 27 novembre 2008 En la cause Madame G _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZWAHLEN Guy recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame Arora G _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, a déposé le 19 août 1999 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle y déclarait être atteinte de fibromyalgie. Arrivée à Genève à l'âge de 17 ans, l'assurée a été engagée comme fille au pair, puis comme femme de ménage avant de prendre un emploi de concierge d'immeuble de 1987 à 1998. Parallèlement, elle a travaillé dans une entreprise de nettoyage à temps partiel jusqu'au 30 septembre 1999. Procédant à l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a requis le dossier médical constitué par la Suisse, société d'assurances contre les accidents, assureur perte de gain de l'assurée. Ce dossier comportait notamment les documents suivants : une attestation médicale du 10 février 1998 du Dr L _____, médecine interne FMH, selon lequel l'assurée présentait des cervico-brachialgies gauches et lombo-sciatalgies gauches sur maladie dégénérative du rachis. Il précisait qu'il s'agissait d'une maladie chronique récidivante connue depuis de très nombreuses années, la dernière récurrence remontait à fin 1997 et avait motivé un arrêt de travail complet à compter du 30 janvier 1998. un questionnaire détaillé du 16 mars 1998 rempli par ce même médecin qui observait une tendance à la chronicisation. Pour pallier à ce risque, il indiquait avoir inscrit sa patiente au programme « objectif dos » de la division de rééducation et rhumatologie de l'Hôpital Beau-Séjour. L'examen clinique était non contributif, en-dehors d'une contracture para-vertébrale cervicale et lombaire. La mobilité du rachis était qualifiée de bonne, sans déficit neurologique. une attestation médicale du Dr M _____, rhumatologue FMH, du 22 novembre 1998 qui faisait état d'une fibromyalgie depuis 2 à 3 ans. De l'avis de ce médecin l'incapacité de travail était totale depuis le 6 novembre 1998. un questionnaire détaillé du 1 er mai 1999 rempli par ce même médecin qui indiquait que l'atteinte fibromyalgique était traitée par kinésithérapie dans l'eau, thérapie comportementale et traitement pharmacologique à base de paracétamol. Il annonçait une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana. En date du 26 août 1999, le Dr L _____ a rendu un rapport médical à l'attention de l'OCAI. Il a indiqué avoir garanti le suivi médical de l'assurée de 1982 au 17 juin 1998 et précisé que depuis sa prise en charge, de nombreux épisodes de cervicalgies et de lombalgies à bascule s'étaient succédés. Il a relevé ne pas

avoir observé de symptomatologie clinique en faveur d'un syndrome vertébral. Seuls de discrets signes d'une maladie dégénérative sous-jacente résultaient de l'imagerie médicale. Il a précisé que jusqu'en 1996, ces épisodes n'interféraient pas avec la capacité de travail. Dès 1996, ils se prolongeaient et avaient motivé des interruptions de travail en 1996 et 1998. A partir du 1^{er} juin 1998, la capacité de travail était à nouveau entière, sans symptomatologie particulièrement aiguë. Selon le Dr M _____, dans un rapport médical du 23 août 1999, l'incapacité de travail perdurait depuis le 6 novembre 1998 en raison d'une fibromyalgie et d'un état anxio-dépressif. Il a ajouté que l'assurée se plaignait depuis 15 ans de douleurs ostéo-articulaires multiples, accompagnées de troubles gastro-entérologiques (type colon spastique), de troubles du sommeil et d'un grand état de fatigue. Selon lui l'évolution n'était pas prévisible. Dans un rapport médical intermédiaire du 26 février 2001, le Dr M _____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, sans évolution, malgré un traitement d'AINS, d'anti-dépresseurs et de kinésithérapie. En date du 7 janvier 2002, l'assurée a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage qui a donné lieu à un degré d'invalidité de 54%. En date du 4 mars 2002, le Dr N _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a proposé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique aux fins de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée. L'examen psychiatrique réalisé le 18 février 2003 a été conduit par les Drs O _____, psychiatre FMH, et le Dr N _____, médecine générale FMH, tout deux médecins du SMR. Ils ont retenu le diagnostic de fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique. Ils ont écarté le diagnostic de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide. Ils n'ont pas noté de perturbation de l'environnement psychosocial malgré l'allégation de lourds handicaps. L'assurée a au contraire été décrite comme une personne détendue, collaborante et orientée aux trois modes. La thymie a été qualifiée d'euthymique. Pendant l'entretien, il n'a pas été objectivé de trouble de la mémoire, de l'attention ou de la concentration. Aucun ralentissement psychomoteur n'a été observé. Ils ont précisé que l'entretien s'était déroulé sans difficulté, les dates étaient données sans hésitation et les réponses aux questions étaient vives et adaptées, sans symptomatologie dépressive patente. Du point de vue anxieux, il n'a été constaté ni angoisse, ni attaques de panique, ni phobie. Le discours était cohérent et le focus d'attention était partagé. Il a été relevé que durant l'entretien, qui avait duré plus d'une heure, l'assurée ne s'était pas plainte de douleurs et avait pu maintenir sa position assise. Un examen sommaire n'a pas permis de révéler de limitation de la mobilité. L'examen clinique était dans son ensemble dans les limites de la norme, sans limitation fonctionnelle psychiatrique. Au final, il a été estimé que l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 100%, sans limitation fonctionnelle ou psychiatrique. Le rapport d'examen SMR rendu le 7 avril 2003 a retenu au titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, avec influence sur la capacité de travail de l'assurée, une atteinte fibromyalgique, des cervico-brachialgies ainsi que des lombalgies chroniques communes. La capacité de travail a été considérée comme entière dans l'activité de concierge. Par décision du 5 avril 2004, l'OCAI a estimé que pour la partie lucrative, l'assurée était en mesure de poursuivre une activité telle que celle exercée précédemment et ceci sans diminution de rendement. En revanche, pour la partie ménagère, un empêchement de 8,9 % a été retenu. Le droit à la rente d'invalidité a été nié, le degré d'invalidité résultant des deux domaines d'activité étant insuffisant (3,1%). En date du 4 mai 2004, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de l'OCAI, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle a reproché à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte

des douleurs au niveau du dos, de la colonne cervicale, des bras et des mains, ainsi que des problèmes au niveau des pieds et des genoux et de l'arthrose cervicale touchant les épaules. Elle a par ailleurs relevé que le dossier médical ne faisait pas mention des douleurs au niveau du gros orteil ainsi que du « reflux » au niveau de la valve cardiaque ; atteintes qui conjuguées à la fibromyalgie invalidante, l'empêchaient d'exercer une activité à plein temps. Elle a en outre contesté le taux de d'incapacité de travail retenu par l'OCAI précisant pour le surplus avoir toujours travaillé à plein temps. Au cours de la procédure d'opposition, l'assurée s'est prévaluée de l'aggravation de son état de santé. A cet appui, elle a produit un avis médical du Dr M _____ du 18 janvier 2005 attestant de la péjoration de l'état psychologique avec l'installation d'un état dépressif, qualifié de moyen à sévère, avec une nette augmentation des douleurs. La capacité de travail était alors considérée comme nulle. L'OCAI a mandaté aux fins d'examen l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. En date du 22 septembre 2006, l'assurée a subi un examen clinique, le 23 octobre 2006 un examen spécialisé psychiatrique, enfin en date du 30 octobre 2006 un examen rhumatologique. Dans le rapport d'expertise interdisciplinaire rendu le 21 décembre 2006, les experts ont dressé l'anamnèse personnelle, systématique et sociale de l'assurée, pris en compte ses plaintes (arthrose, céphalées, douleurs au niveau de la ceinture scapulaire à bascule, rachialgies, douleurs lombaires, tuméfactions et douleurs intermittentes au niveau du pied droit) et procédé à des examens cliniques. L'examen psychiatrique, réalisé par le Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie, après avoir rapporté les plaintes de l'expertisée : douleurs fluctuantes ; importantes difficultés de concentration ; difficultés à emmagasiner de nouvelles informations; pensée inhibée, sans rumination, ni idée envahissante, ni phénomène de barrage de la pensée ; claustrophobie ; anesthésie affective ; trouble de l'élan vital ; humeur déprimée ; sentiment de désespoir ; anxiété psychique ; irritabilité occasionnelle ; sentiment d'insuffisance et de culpabilité ; importante anxiété associée à des palpitations, à des difficultés à respirer, avec impression d'étouffement ; fatigue importante ; changement de personnalité (plus agressive et moins patiente qu'auparavant), l'expert n'a pas constaté de trouble de la vigilance, de ralentissement psychomoteur, ni de ralentissement de la pensée. Selon lui l'orientation était normale, sans difficulté de concentration, ni d'attention, ni de fatigabilité. L'humeur ne paraissait pas triste. Il n'a pas observé de sentiment de désespoir, d'irritabilité, de labilité affective, ni d'incontinence affective. Au titre de diagnostic, l'expert a retenu une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 : F68.0). Dans la discussion et l'appréciation du cas, l'expert a noté une discordance importante entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives. Il a expliqué que la description anamnétique allait totalement à l'encontre des plaintes. En l'absence d'un état dépressif bien documenté, l'expert a considéré que la prescription d'un antidépresseur à visées prophylactiques n'était pas indiquée. L'examen rhumatologique réalisé par le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation/médecine du sport, a conclu à l'existence d'un syndrome douloureux chronique, s'étant manifesté progressivement dans les années 1990 et ayant motivé en 1998 un arrêt de l'activité professionnelle. L'évolution a été décrite comme relativement stable. Le bilan radiologique n'a montré que des troubles dégénératifs relativement discrets ne permettant pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse décrite par l'expertisée. Aucun déficit fonctionnel n'a été retenu. Il a expliqué que c'était précisément dans ces circonstances que le diagnostic de syndrome de fibromyalgie a été posé. Du point de vue professionnel, somatiquement, il a considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail. Une diminution du

rendement était toutefois admise dans les activités lourdes ou nécessitant des gestes répétitifs, ce en raison de l'hypertonie musculaire de la ceinture scapulaire. Dans une activité sédentaire légère, aucune limitation n'a été retenue. Il a pour le surplus précisé que le pronostic dépendait de l'état psychique de l'expertisée. Au final, il n'a été reconnu à l'endroit de l'assurée aucun diagnostic influençant la capacité de travail. Seul un syndrome de fibromyalgie, diagnostic différentiel : majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 : F68.0), un status après cure de hallux valgus bilatéral ainsi qu'une discrète insuffisance aortique et mitrale ont été admis, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas et du pronostic, les experts sont arrivés à la conclusion que l'examen paraclinique (examen sanguin avec une vitesse de sédimentation à 20, sans signification pathologique ; examen radiologique ne mettant en évidence que des troubles dégénératifs mineurs de la colonne vertébrale ; échocardiographie montrant une discrète insuffisance mitrale et aortique sans répercussion fonctionnelle) ne justifiait pas l'état décrit par l'assurée. Quant à l'examen clinique (notamment rhumatologique), il permettait de mettre en évidence une hypertonie musculaire globale de la ceinture scapulaire, sans déficit fonctionnel. Sur le plan psychiatrique, il n'était pas décelé de symptômes permettant de soutenir le diagnostic de dépression. Au contraire, d'après l'anamnèse, l'assurée montrait qu'elle avait suffisamment de ressources. Il a ainsi été retenu à son endroit un syndrome de fibromyalgie diagnostiqué en 1998 avec les critères habituels d'accompagnement et points de fibromyalgie de 18/18, sans substrat morpho-pathologique et sans atteinte évidente de l'appareil locomoteur. Les experts ont considéré que l'assurée avait des fonctions résiduelles physiques suffisantes pour une capacité de travail totale. Toutefois, vu les plaintes algiques, une diminution de rendement a néanmoins été admise envers toute sollicitation physique, surtout lourde et répétitive. Ils ont précisé que la capacité résiduelle de travail était intacte en-dehors d'une mauvaise tolérance aux travaux lourds. Sur l'éventuel octroi de mesures de réadaptation professionnelle, ils ont indiqué qu'elles étaient envisageables compte tenu du fait que l'assurée pouvait s'habituer à un rythme de travail et avait conservé une bonne intégration dans le tissu social, ce qui lui permettait de s'intégrer dans un milieu professionnel. Selon les experts, la capacité de travail pouvait être améliorée par la diversité dans la journée des travaux à exercer ainsi que dans l'aménagement pour les travaux lourds. Ils ont par ailleurs considéré que d'autres activités étaient exigibles à plein temps et sans diminution de rendement pour autant qu'elles permettent à l'assurée de pouvoir varier ses positions, éviter les travaux lourds et les gestes monotones et répétitifs. Le 6 décembre 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que le rapport d'expertise du COMAI avait pleine valeur. Les conclusions des experts ont été confirmées. Quant à la demande de l'assurée de procéder à des examens radiologiques, l'OCAI n'y a pas donné suite considérant que dans le contexte d'un trouble dégénératif discret, en l'absence d'évolution depuis le dernier bilan radiologique, de nouveaux examens n'étaient pas nécessaires. L'OCAI a pour le surplus précisé que la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée, à savoir la méthode mixte, retenant une part de 65% pour l'activité lucrative et 35% pour les travaux ménagers, correspondait à la réalité professionnelle de l'assurée. L'assurée a interjeté recours contre cette décision dont elle requiert l'annulation, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité après avoir au préalable entendu son médecin-traitant, le Dr M _____, au sujet de son état psychiatrique et les effets de la fibromyalgie sur celui-ci et retourné le dossier à l'OCAI pour qu'il soit effectué un nouveau dossier radiographique, respectivement complété l'expertise au niveau de l'évaluation physique et psychiatrique. En

substance, elle a reproché à l'intimé d'avoir fondé son appréciation médicale sur l'expertise interdisciplinaire du 21 décembre 2006 qui niait l'atteinte psychiatrique liée à la fibromyalgie. Elle a par ailleurs fait savoir que les experts s'étaient basés sur un dossier radiographique datant de 1998 alors que son état s'était empiré, ce que de nouvelles radiographies auraient pu confirmer. Elle a en dernier lieu relevé que la fibromyalgie dont elle était atteinte était à elle seule invalidante. A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment produit un courrier du Dr M_____ du 21 décembre 2007 confirmant qu'elle souffrait de fibromyalgie. Il a par ailleurs critiqué l'avis de l'expert psychiatre, le qualifiant de non convainquant. Il a pour sa part soutenu que sa patiente souffrait d'un important état dépressif. Par courrier du 26 février 2008, la recourante a sollicité un délai pour la production de documents médicaux supplémentaires permettant de justifier ses affections psychiatriques invalidantes. Annexé à son courrier du 14 avril 2008, la recourante a produit un rapport médical du 25 mars 2008 du Dr R_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, ancien chef de clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui s'est prononcé en faveur d'un épisode dépressif, épisode actuel moyen, d'évolution chronique (F32.1 ; ICD10), associé à une fibromyalgie. Il a précisé qu'elle était d'humeur triste et irritable avec une importante anxiété, un manque d'intérêt et de plaisir à réaliser les activités quotidiennes, une perte d'énergie, des difficultés à faire face à des stress d'intensité faible, des difficultés de concentration et de mémoire, une perturbation du sommeil. Il a proposé une adaptation de la posologie de l'antidépresseur avec drug monitoring, éventuellement une association de deux antidépresseurs. Il a en outre recommandé la mise en œuvre d'un travail de psycho-éducation centré sur les symptômes dépressifs et leur intrication avec les symptômes douloureux. Il a encore retenu un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable et dont la symptomatologie était demeurée inchangée. Il a relevé que la patiente était confrontée à une perte d'intégration sociale qui s'était traduite par l'arrêt de l'activité professionnelle en raison des états de fatigue récurrents avec perte de concentration. Considérant que la thymie dépressive s'était chronifiée, il a évalué la capacité de travail résiduelle à 50%. Dans sa réponse du 19 mai 2008, l'OCAI, soutenant que le dossier ne nécessitait pas d'investigations médicales complémentaires, a maintenu les conclusions formulées dans la décision sur opposition du 6 décembre 2007. Après transmission de cette dernière écriture à la recourante pour information, les parties ont été informées, le 8 août 2008, que la cause était gardée à juger. Par courrier du 24 septembre 2008 adressé au Tribunal de céans, la recourante s'est toutefois interrogée sur la compétence des médecins du SMR Léman dans l'établissement de l'examen du 18 février 2003, respectivement du rapport du 7 avril 2003. Le 30 septembre 2008, le Tribunal de céans a transmis ledit courrier à l'OCAI pour se déterminer. Par courrier du 29 octobre 2008, l'OCAI a renvoyé le Tribunal à la correspondance du directeur de l'OCAI du canton de Vaud du 2 septembre 2008 relative à l'autorisation de pratique des médecins du SMR. Le 5 novembre 2008, la recourante a fait observer au Tribunal qu'un des cosignataires de l'examen psychiatrique du 18 février 2003 n'avait au moment des faits pas le droit de pratique dans le canton de Vaud. Elle conclut donc à l'annulation de la décision de l'OCAI dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire du 21 décembre 2006 se basait sur l'examen psychiatrique incriminé. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'article 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (ci-après : 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 (ci-après :

LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de la déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde un principe, pour apprécier une cause, sur l'état de faits réalisés à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 décembre 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI-GE a refusé toute prestation de l'AI à la recourante. 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). Déterminer si, et dans quelle mesure, les affections présentées par la recourante sont de nature à diminuer sa capacité de travail et de gain, suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Aux fins de trancher ce point, le Tribunal de céans doit prendre connaissance des pièces médicales versées à la procédure et juger de leur force probante conformément aux principes exposés ci-après aux fins de trancher la question litigieuse. 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) suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge ont besoin de documents que les médecins et experts doivent leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, la preuve en droit des assurances sociales, in Mélange en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach – Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI) 1997, p. 318 consid. 3b ; BLANC, la procédure administrative en

assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin ou de l'expert 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 et les références). 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'ils prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a 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 352 consid. 3a ; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitant, 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 partie 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 352 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin-traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il a abouti s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue concernant les propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet : par exemple, s'il est tenait de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotations subjectives, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qui les exprime (voir à ce sujet MEINE, l'expert et l'expertise – critère de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que PAYCHERE, le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss, in : l'expertise médicale, édition médecine et hygiène, 2002, également ATF 125 V 352 consid. 3a ; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de faits donné. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA), peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En l'espèce, la recourante souffre de problèmes de santé pouvant se décomposer en deux volets principaux : problèmes rhumatologiques et

psychiatriques. Du point de vue rhumatologique, excepté le Dr L _____ qui s'est pour sa part prononcé en 1998 et 1999 en faveur de cervico-brachialgies gauches et lombosciatalgies gauches sur maladie dégénérative du rachis, l'ensemble des pièces versées à la procédure font état d'un syndrome de fibromyalgie. Les pièces versées à la procédure expriment toutefois des conclusions différentes quant à l'impact des affections sur la capacité de travail de la recourante. Pour le Dr L _____, l'incapacité de travail était totale pour les 5 premiers mois de l'année 1998 tandis que pour le Dr M _____ l'incapacité est totale depuis le 6 novembre 1998. L'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 21 décembre 2006 conclut à une capacité de travail entière avec néanmoins une limitation ou une diminution du rendement dans les activités lourdes ou nécessitant des gestes répétitifs. En revanche, dans une activité sédentaire légère, aucune limitation n'est retenue. Le Tribunal de céans constate en particulier que le rapport d'expertise interdisciplinaire se prononce en faveur d'un syndrome de fibromyalgie, présentant les critères habituels d'accompagnement et avec indication de 18 points de fibromyalgie à la palpation. Sur la base du dernier bilan radiologique établi en 1998, ledit rapport précise toutefois qu'il n'existe pas de substrat morpho-pathologique et d'atteinte évidente de l'appareil locomoteur. Le Dr Q _____, qui s'est chargé du volet rhumatologique de l'expertise le 30 octobre 2006, considérant que l'évolution était stable depuis 1998, n'a pas estimé nécessaire de faire de nouveaux examens dans le contexte d'un trouble dégénératif discret. Si son raisonnement peut être admis par le Tribunal de céans, devant la péjoration de l'état de santé général de la recourante, avec notamment une nette augmentation des douleurs, comme annoncé par le Dr M _____ au mois de janvier 2005, l'expert se devait de compléter le dossier médical de la recourante afin de déterminer l'évolution des ces troubles dégénératifs. Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert selon lesquelles les limitations fonctionnelles relèvent essentiellement de la douleur, en l'absence d'atteinte évidente de l'appareil locomoteur, apparaissent hâtives. Par ailleurs, l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'expert rhumatologue ne convainc pas. Du point de vue psychiatrique les avis médicaux sont très divergents. La Dresse O _____, dans son examen psychiatrique du 18 février 2003, après avoir éliminé tour à tour de nombreuses affections, conclut à une atteinte fibromyalgique sans comorbidité psychiatrique. S'agissant de la valeur probante de ce rapport, comme l'a fait observer la recourante, la Dresse O _____ n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie lorsqu'elle a rendu son rapport. Aussi, n'était-elle pas habilitée à signer ce document avec le titre « psychiatre FMH ». Il convient de relever que dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse O _____, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre de post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celui-ci lui avait été délivré le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse O _____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Dès lors, on ne pouvait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 13 septembre 2004 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial

de la rente. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie. Dans le cas d'espèce, la Dresse O _____ a rendu son rapport le 18 février 2003 signé « psychiatre FMH » alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler comme médecin dépendant. La situation était similaire au cas précité de sorte qu'il convient de conclure que sa valeur probante est affaiblie. Il s'agit toutefois de constater que ledit rapport est d'une part, complet et clair, et d'autre part convainquant, ce médecin ayant expliqué les raisons pour lesquelles elle admettait, sur le plan strictement psychique, une capacité de travail de 100% dans toute activité. Pour sa part, le Dr M _____ indique dans son rapport du 18 janvier 2005 que la recourante souffre d'un état dépressif qualifié de moyen à sévère. Le 21 décembre 2007, ce même médecin se prononce en faveur d'un important état dépressif, sans autre précision. L'état psychiatrique de la recourante a par ailleurs été investigué en profondeur par le Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie, dans le cadre de l'expertise interdisciplinaire rendue le 21 décembre 2006. Celui-ci pose le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. Il explique que la recourante frappe par la discordance importante entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Le diagnostic de trouble dépressif est écarté en l'absence de critères objectifs, mais également en l'absence d'un autre trouble psychiatrique, et avec la description d'une attitude histrionique. Il retient en revanche le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. L'expert conclut en conséquence à une capacité totale de travail. En dernier lieu, le Dr R _____ retient le diagnostic d'épisode dépressif, épisode actuel moyen, d'évolution chronique justifiant une incapacité de travail de 50%. Ce diagnostic repose sur les plaintes subjectives de la recourante. Le Tribunal de céans observe que la recourante, malgré l'atteinte psychiatrique alléguée, n'indique pas être suivie par un médecin psychiatre. Des éléments recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier, il apparaît que la recourante bénéficie d'un traitement journalier antidépresseur introduit depuis le mois de septembre 2007 à de très faibles doses (20 mg de Seropram). Selon les dires de la recourante, l'instauration de ce traitement pharmacologique lui a apporté une amélioration par la diminution de son irritabilité. Certes, le Dr M _____ indique pour sa part que la recourante souffre d'un important état dépressif. Cette affirmation est toutefois contredite par l'expertise et les explications du Dr P _____. Quoi qu'il en soit, au vu de l'absence de tout suivi psychiatrique et des doses négligeables d'antidépresseurs, l'atteinte de la recourante ne remplit pas les critères jurisprudentiels de gravité permettant de retenir à son endroit l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'audition du médecin-traitant ne saurait modifier cela. Enfin, le rapport du Dr R _____ n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise psychiatrique rendue dans le cadre de l'expertise interdisciplinaire. En définitive, le diagnostic de fibromyalgie, en l'absence de comorbidité psychiatrique, ne sera pas retenu. Se pose certes la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. Sur ce point, il convient de tenir pour établie la présence d'affection corporelle chronique. Par contre, dans la mesure où la recourante bénéficie d'un étayage social et qu'elle n'a pas épuisé ses capacités adaptatives, il y a lieu de considérer qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. En outre, la poursuite du traitement médical en cours est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété et d'irritation de sorte que l'on ne saurait conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Cependant, même si le diagnostic de fibromyalgie doit être écarté, il convient encore d'examiner, au regard du

bilan radiologique, si des changements sont survenus en particulier par rapport au bilan radiologique du 26 janvier 1998 au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, qui pourraient expliquer la symptomatologie douloureuse exprimée par la recourante. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre fr. 200.- et 1000.- fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 500.- fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, une indemnité de 1'000.- fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'intimé du 6 décembre 2007. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Condamne l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière La Présidente suppléante Florence SCHMUTZ Diana ZEHNDER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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