

GE_GERICHTE A/1938/2004 vom 6. September 2005

GE Cour de justice, 2005-09-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1938_2004

FR: GE_GERICHTE A/1938/2004 du 6 septembre 2005

IT: GE_GERICHTE A/1938/2004 del 6 settembre 2005

Erwägungen

E. 18

Par préavis du 4 novembre 2004, l'OCAI a dénié toute valeur probante au rapport du Dr H_____, motif pris notamment que celui-ci ne mentionnait aucun diagnostic psychiatrique, et a conclu au rejet du recours.

E. 19

Par courrier du 10 décembre 2004, la recourante a précisé être suivie par le Dr H_____ depuis novembre 2003.

E. 20

Le 29 mars 2005, elle a également versé au dossier un rapport établi le 27 décembre 2004 par le Dr B_____, psychiatre, lequel a fait état d'un trouble somatoforme douloureux, d'un épisode dépressif léger et d'une comorbidité psychiatrique pas sévère, confirmant pour le surplus l'incapacité de travail telle qu'évaluée par les experts du COMAI.

E. 21

Le 19 avril 2005, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'élément nouveau, dans la mesure où la comorbidité n'avait pas de valeur invalidante et par courrier du 12 mai 2005, l'OCAI a maintenu sa position.

E. 22

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

E. 23

Les autres faits pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1^{er} let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56 V al. 1^{er} let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b 4. Interjeté le 17 septembre 2004 contre la décision sur opposition notifiée le 18 août 2004 par l'OCAI, le recours est recevable à la forme conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA. 5. L'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a reconnu à la recourante une invalidité de 47% (basée exclusivement sur une atteinte physique) justifiant l'octroi d'un quart de rente dès le 30 août 2002. 6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également art. 8 LPGA). La circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) précise que l'invalidité ainsi comprise comporte trois éléments constitutifs, à savoir une atteinte à la santé, une incapacité de gain, et un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain (chiffre 1001). Le chiffre 1015 de ladite circulaire souligne que les troubles psychiques qui sont provoqués principalement par des circonstances extérieures tel que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions ou un milieu défavorable, mais qui disparaissent si les circonstances sont modifiées d'une manière raisonnablement exigible, n'ont en eux-mêmes pas valeur d'invalidité. En ce qui concerne le lien de causalité entre l'incapacité de gain et l'atteinte à la santé, l'on ne saurait parler d'invalidité, au sens de l'AI, que si l'incapacité de gain ou l'incapacité de travail spécifique résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il doit dès lors exister un lien de causalité entre ces deux éléments. Cependant, une personne qui ne présenterait pas une incapacité de travail au moins partielle ne peut prétendre à une incapacité de gain et, dès lors ne peut être considérée comme invalide. En particulier, il n'y a pas de lien de causalité et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé, mais par d'autres facteurs, notamment par la situation économique ou pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, tel par exemple un manque d'ardeur au travail (CIIAI chiffres 1022 et suivants). 7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et

des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En principe, le juge 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 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 affirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 ss et les références). 8. En l'espèce, dans leurs rapports respectifs, les Drs C_____ et D_____ ont estimé la capacité de travail de la recourante à 50%. Seul le médecin traitant a considéré qu'elle était totalement incapable de travailler. Quant aux spécialistes du COMAI, ils ont fixé la capacité de travail à 60% dans la profession antérieure. Le Dr B_____ s'est rallié aux conclusions de la Dresse D_____ et du COMAI s'agissant des limitations physiques. La Dresse D_____ a considéré, en février 2003, que d'un point de vue rhumatologique, l'on pouvait théoriquement estimer à 50% la capacité de travail de la patiente pour des travaux légers de manutention simple, évitant des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, ainsi que le port de charges, cette activité devant également permettre une alternance des positions assise et debout. C'est en raison de l'état douloureux chronique ainsi que de l'état dépressif de la recourante qu'elle a retenu une incapacité de travail de 50%. Il ressort de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en septembre 2003 dans le cadre du COMAI que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail résiduelle a été estimée à 60% dans la profession antérieure, compte tenu des douleurs ressenties par la recourante. Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte que l'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été longuement entendue par les experts. Son état de santé a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. Il sied de rappeler à cet égard que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504). Le Tribunal constate ainsi que c'est à bon droit que l'autorité intimée s'est ralliée aux conclusions des experts du COMAI pour retenir une capacité de travail de 60%. En effet, en l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions des experts, et dans la mesure où le rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante. 9. Reste à déterminer si le trouble somatoforme

douloureux diagnostiqué par le Dr B _____ et la Dresse G _____ a ou non une influence sur la capacité de travail. La Dresse G _____, psychiatre, appelée à examiner l'assurée dans le cadre du COMAI, n'a pu déceler aucune pathologie psychiatrique. Elle a considéré que l'intéressée était cohérente, qu'elle ne présentait pas de trouble de la pensée, ni d'élément de la lignée psychotique ou dépressive objectivée. Elle a noté cependant que la recourante se décrivait comme définitivement incapable de reprendre toute activité professionnelle, qu'elle présentait une attitude d'échec, n'envisageant pas de situation intermédiaire, telle une occupation partielle ou une autre activité professionnelle. C'est ainsi qu'elle a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et a conclu à une personnalité fragile chronifiée dans son status algique avec mécanisme d'accoutumance à cet état. En l'absence de maladie ou trouble psychiatrique invalidant, tels des épisodes dépressifs ou des troubles bipolaires, aucune incapacité de travail invalidante n'a cependant été retenue sur ce plan. Le Dr B _____, dans son rapport d'expertise du 27 décembre 2004, a confirmé que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif majeur de degré peu sévère, à évolution chronique. Il a précisé que le premier restreignait les capacités de la patiente dans son activité professionnelle (limitations physiques liées à ce trouble ainsi qu'à la fibromyalgie et aux lombosciatalgies) et s'est référé aux conclusions des expertises réalisées par la Dresse D _____, rhumatologue, ainsi que par le COMAI sur le plan physique. Quant au trouble dépressif en tant que tel, apparu en 2001, il a considéré qu'il ne constituait pas un facteur important de l'incapacité de travail et devait être traité par une médication appropriée. La comorbidité psychiatrique constatée sous forme d'un épisode dépressif léger n'augmentait pas selon lui l'incapacité de travail évaluée sur la base des expertises rhumatologiques.

10. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens des art. 8 LPGA et 4 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, où qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 page 318 consid. 2a, page 321 consid. 1a, page 424 consid. 1a ; RCC 1992 page 182 consid. 2a et les références). Selon la jurisprudence la plus récente du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publiés I 282/03 et I 283/03 du 8 juin 2004 et I 870/02 du 21 avril 2004), des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, destiné à la publication, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de

douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. En effet, selon la jurisprudence, une telle atteinte n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, l'atteinte se manifeste avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224ss consid. 2b et les références; arrêt I 683/03 précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles psychiques ne suffit pas en soi pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt I 683/03 précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

11. Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATFA non publié du 23 juin 2004 en la cause I 172/03 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss). Il convient d'examiner dans le cas d'espèce les critères fixés par la jurisprudence précitée dont la réalisation permet de considérer qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de se réintégrer dans un processus de travail n'est pas exigible. - L'existence d'une comorbidité psychiatrique importante a été clairement niée tant par le Dr B _____ que par la Dresse G _____. - Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît en revanche manifestement réalisé ici. - Bien que l'assurée souffre d'un certain isolement, on ne peut retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, telle que décrite par les médecins, sa vie sociale apparaît normale ; elle

est bien entourée par sa famille et ses relations conjugales sont bonnes - L'intéressée a suivi un traitement médicamenteux (antidépresseurs) durant trois mois, en été 2001, mais n'a été prise en charge que depuis mai 2003 sur le plan psychiatrique. Au vu de ce qui précède, l'on ne peut conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. - De même, ne peut-on conclure in casu à l'échec de tous traitements conformes aux règles de l'art au vu de l'attitude générale passive et démotivée dont fait preuve l'intéressée selon les experts du COMAI. 12. Il ne se justifie pas en l'occurrence d'admettre l'existence de troubles physiques et psychiques ayant des répercussions invalidantes sur la capacité de travail du recourant supérieures à 40%. Il apparaît qu'un trouble somatoforme douloureux invalidant ne peut être retenu en l'espèce et que seule l'incapacité de 40% retenue à l'unanimité par les experts doit être prise en considération dans l'estimation de l'invalidité, dès lors que le diagnostic de fibromyalgie ne réduit que le rendement de l'assurée dans son activité, avec fatigabilité, pauses, diminution de l'effort. Par ailleurs, il sied de souligner que l'estimation faite par la Dresse D _____ prenait très largement en compte les plaintes et l'état dépressif de la recourante, quoiqu'elle ait constaté une amélioration de son état de santé. Quant au Dr A _____, il n'est pas inutile de rappeler que, selon la jurisprudence, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant. 13. En cas de maladie de longue durée, le droit à un quart de rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al.1, let. b LAI). Pour évaluer l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 LPGa) L'OCAI a retenu, après application de la méthode susdécrite de comparaison des revenus, un taux d'invalidité de 47%, ouvrant le droit à un quart de rente à l'assurée dès le 30 août 2002. Le calcul en tant que tel de l'invalidité n'ayant pas été contesté et ne prêtant pas le flanc à la critique, nul n'est besoin d'y revenir plus longuement. Il apparaît que c'est à bon droit que l'OCAI a octroyé à la recourante un quart de rente, basé sur un taux d'invalidité de 47%, dès le 30 août 2002. 14. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté au sens des considérants

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