

# **GE\_GERICHTE ATAS/1077/2012 vom 30. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1077\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1077_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1077/2012 du 30 août 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1077/2012 del 30 agosto 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

## **E. 5**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

A/2592/2011 - 15/20 -

## **E. 6**

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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

## **E. 7**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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

A/2592/2011 - 16/20 - 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, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

### **E. 9**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un 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, 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). 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 125 V 351 consid. 3).

### **E. 10**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/2592/2011 - 17/20 - En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence

consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

#### **E. 11**

En l'espèce, dans un premier grief, la recourante conteste la valeur probante des avis rendus par le SMR et remet en cause leur validité formelle, en raison de leur anonymisation et de leur manque d'impartialité. La Cour de céans a jugé, dans un arrêt récent (ATAS/728/2012), qu'il n'y a pas de motif d'écarter un rapport du SMR, lorsque le nom du médecin est finalement communiqué. Dans le cas qui nous occupe, le médecin du SMR à l'origine de l'avis du 7 novembre 2011 n'a pas indiqué son nom ; il n'était identifié que par une série de lettres. Comme le note à juste titre la recourante, cette façon de procéder a notamment pour conséquence que les assurés ne peuvent déterminer si l'avis médical en question émane d'un spécialiste ou s'ils auraient des motifs de récusation à faire valoir. De toute évidence, cette façon de procéder est donc critiquable. Quant à l'allégation du Dr K\_\_\_\_\_ relative aux avis médicaux à retenir en cas de divergences, elle est en effet de nature à instiller un doute certain quant à l'impartialité du médecin en question. Quoiqu'il en soit, dans le cas présent, la question de la valeur probante à reconnaître aux avis du SMR peut rester ouverte pour les motifs qui suivent.

#### **E. 12**

S'agissant tout d'abord de la valeur probante de l'expertise du CEMED du 5 mai 2010, il apparaît que les experts, après avoir examiné et entendu la recourante, ont résumé son dossier, procédé à une anamnèse détaillée de son cas et pris en compte

A/2592/2011 - 18/20 - ses antécédents personnels. Ils ont fait état des plaintes de l'intéressée, tant subjectives qu'objectives et les diagnostics posés sont clairs. S'agissant en particulier du syndrome de Sjögren, les experts ont expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils l'avaient écarté : les examens s'étaient révélés négatifs pour la plupart ; seul le facteur anti-nucléaire, loin d'être spécifique, s'était avéré positif ; le syndrome sec n'apparaissait pas comme la plainte dominante chez la recourante, de sorte qu'il fallait l'assimiler au trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait depuis 2002. Les experts ont également expliqué qu'ils ne pouvaient retenir le diagnostic d'algodystrophie en l'absence de raideur articulaire. Force est de constater que le rapport d'expertise se fonde sur des examens complets, qu'il a fait l'objet d'études circonstanciées des points litigieux et qu'il décrit le contexte médical de façon claire et précise. On notera par ailleurs que les experts ne se sont pas contentés de leurs seules investigations, mais qu'ils se sont également fondés sur les constatations médicales des médecins traitants de la recourante et en particulier de la Dresse D\_\_\_\_\_. Leurs résultats d'examens, convaincants et dépourvus de contradictions, répondent dès lors à tous les réquisits pour leur voir attribuer pleine valeur probante. Aussi, les avis du SMR peuvent-ils être écartés, sans qu'il soit nécessaire d'approfondir la question de leur validité. Certes, la psychiatre de la recourante estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre une activité

professionnelle, même adaptée. Cette praticienne ne pose pourtant pas de diagnostic qui irait au-delà de ceux retenus par les experts. Elle qualifie simplement le trouble dépressif de l'assurée de sévère alors que les experts le qualifient de moyen, sans comorbidité, assorti d'un trouble mixte de la personnalité partiellement décompensé. Force est de constater que les experts ont observé les mêmes symptômes que la Dresse D\_\_\_\_\_. Au contraire de celle-ci, ils ont cependant opéré une distinction entre ceux qui revêtaient un caractère invalidant et les autres. Ils ont ainsi estimé que le trouble dépressif moyen dont souffrait la recourante n'était pas dissociable du trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'un état psychique cristallisé. Pour cette raison également ces diagnostics n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Le médecin traitant indique encore que l'état dépressif, survenu dans le cadre des conflits entre sa patiente et sa supérieure hiérarchique, est apparu avant tout problème somatique. Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, cet état remonterait même au moment où l'assurée a commencé son travail, car le Dr C\_\_\_\_\_, dans un rapport de décembre 1999, évoquait déjà une perte pondérale de 13 kg depuis mai 1999 et un état de fatigue. Sur la base des pièces versées au dossier, les experts ont quant à eux considéré que l'épisode dépressif remontait à 2001 au plus tôt. À cet égard, la Cour de céans relève que l'indication du Dr C\_\_\_\_\_ selon laquelle sa patiente avait perdu beaucoup de poids et était fatiguée ne sont pas des indices suffisants pour conclure à l'existence d'un état dépressif dès 1999. Quant à la Dresse

A/2592/2011 - 19/20 - D\_\_\_\_\_, ce n'est qu'en septembre 2002 qu'elle a conclu à un épisode dépressif avec syndrome somatique depuis 2002 et à une fibromyalgie depuis 2001. Ainsi, et contrairement à ce que soutient la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport, aucune pièce versée au dossier ne permet de conclure, au degré de vraisemblance requis, que le trouble dépressif de la recourante est apparu antérieurement aux douleurs somatiques. Il apparaît dès lors que le psychiatre traitant livre en réalité une appréciation différente, plus favorable à sa patiente que celle des experts, sans apporter pour autant d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du CEMED du 5 mai 2010. Quant au fait que les experts ne se soient pas entretenus avec le psychiatre traitant avant de rendre leur rapport, il n'est pas non plus déterminant dans la mesure où il ressort du rapport que les experts ont pris en considération les rapports de la Dresse D\_\_\_\_\_ et que rien ne leur imposait de s'entretenir avec cette dernière.

### **E. 13**

Au vu de ce qui précède et des conclusions concordantes des deux expertises quant aux diagnostics, il convient de reconnaître à la recourante une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le calcul du degré d'invalidité n'ayant pas été contesté en tant que tel par la recourante, la Cour de céans constate qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

### **E. 14**

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2592/2011 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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