

## **GE\_GERICHTE ATAS/115/2008 vom 28. Januar 2008**

GE Cour de justice, 2008-01-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_115\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_115_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/115/2008 du 28 janvier 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/115/2008 del 28 gennaio 2008

### **Regeste**

Résumé: La dernière expertise a seule valeur probante, les deux autres expertises précédentes ayant été faites l'une par un médecin n'ayant pas le titre de psychiatre FMH, et l'autre par un médecin ayant été suspendu dans son droit de pratique. Dès lors, le Tribunal a suivi les conclusions du dernier expert, qui ont pleines valeur probante.

### **Erwägungen**

#### **E. 32**

Par décision du 17 juillet 2007, l'OCAI a confirmé son projet du 11 juin 2007.

#### **E. 33**

Le 13 septembre 2007, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er janvier 2001. Il convenait de suivre le rapport d'expertise psychiatrique de la CRR, notamment de constater que c'était l'association des deux diagnostics psychiatriques qui entraînait l'incapacité de travail.

Le trouble mixte de la personnalité avait été évoqué par le psychiatre-traitant en 2005 et il n'était donc pas présent depuis le début de l'âge adulte. Il convenait de suivre le pourcentage de l'invalidité défini par les experts et, en cas de doute, d'entendre la Dresse U\_\_\_\_\_.

#### **E. 34**

Le 19 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que les critères jurisprudentiels pour admettre exceptionnellement un caractère invalidant à un TSD n'étaient pas remplis. Les conséquences des diagnostics sur la capacité de travail telles que mentionnées par les experts de la CRR ne pouvaient être suivies au vu des diagnostics et des pièces médicales versées au dossier.

#### **E. 35**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1,

A/3436/2007 - 9/16 - 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestations du 14 février 2001. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). 3. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a al. 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 11 juin 2007, qui a été confirmé par la décision du 17 juillet 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 13 septembre 2007.

c) Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. 4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité. 5. 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

A/3436/2007 - 10/16 - ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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. c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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). 6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

A/3436/2007 - 11/16 - des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/3436/2007 - 12/16 - d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme 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, 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 7. a) Préalablement, il convient en l'espèce 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 Q\_\_\_\_\_, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre 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 celle-ci lui avait été délivrée 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 Q\_\_\_\_\_, 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

A/3436/2007 - 13/16 - 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 Q\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 24 juin 2004 signé "psychiatre FMH", alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse Q\_\_\_\_\_ est affaiblie et en conséquence d'écarter cet avis du dossier.

Il en va de même de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ dès lors qu'il ressort du dossier de l'intimé que ce médecin avait été suspendu de son droit de pratique, même si les raisons de cette sanction n'ont pas été explicitées.

b) L'expertise pluridisciplinaire de la CRR répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle repose sur un séjour de la recourante à la CRR du 16 au 17 avril 2007, une anamnèse complète, un examen clinique et un examen psychiatrique, elle tient compte de toutes les pièces médicales du dossier et relate les plaintes de la recourante.

L'expertise psychiatrique de la CRR retient que la dysthymie chronique s'est installée probablement après le décès de la mère de la recourante, soit en 1993. Elle avait décompensé une personnalité à traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et dépendants. La dysthymie chronique jouait un rôle abrasif sur les capacités et les ressources psychiques et, associée au trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants, constituait indéniablement une atteinte à la santé psychique avec un impact sur la capacité de travail. L'évolution dysthymique datait certainement de 1993, mais avait clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005.

Les experts, dans leur entretien de synthèse, ont admis que c'était à partir de 2005 qu'une décompensation de la dysthymie avait nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée et entraîné une incapacité de travail de longue durée liée à diverses limitations fonctionnelles (plaintes diffuses et envahissantes, anticipation anxieuse et pessimiste avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, tendance à l'évitement et au repli, adynamisme).

Cette conclusion rejoint en outre celle de la Dresse T\_\_\_\_\_, laquelle estime le 17 janvier 2007 que le diagnostic de dépression récurrente grave est présent depuis février 2005 et entraîne une incapacité de travail totale.

A/3436/2007 - 14/16 -

c) L'intimé se fonde sur un avis du SMR de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 1er juin 2007 pour s'écarter des conclusions de l'expertise précitée.

Il convient tout d'abord de constater que la Dresse R\_\_\_\_\_, d'une part, n'est pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, mais est médecin interniste et, d'autre part, n'a pas examiné la recourante, de sorte que ses critiques concernant les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Dresse U\_\_\_\_\_ doivent être relativisées.

En outre, la Dresse R\_\_\_\_\_ estime qu' "il est un peu facile" de retenir actuellement une maladie psychique alors que depuis de nombreuses années, les plaintes de la recourante sont somatiques.

Cette critique est peu compréhensible. En effet, la recourante n'a pas varié dans ses plaintes dès lors qu'elle ait encore part d'un état douloureux diffus à l'expert B\_\_\_\_\_ et de douleurs diffuses et constantes à l'experte U\_\_\_\_\_. Questionnée en particulier par celle-ci sur la signification du terme dépression, la recourante estime alors qu'elle se sent triste depuis toujours, négative, dit qu'elle pleure souvent, qu'elle vit des peurs, des ruminations et qu'elle a des troubles de la mémoire et de la concentration. Il appert ainsi, selon les experts, que les douleurs de la recourante se sont vite vu attribuer le label de fibromyalgie et dépression jusqu'au diagnostic de dépression récurrente posé en 2005 par le psychiatre-traitant. Si les plaintes sont effectivement structurées autour de douleurs, l'experte psychiatre estime qu'elles laissent en réalité apparaître une atteinte invalidante à la santé psychique.

Ainsi, on comprend qu'un examen approfondi de la recourante et une analyse complète de sa situation ont permis aux experts d'attribuer la dégradation de l'état de santé de la recourante, particulièrement depuis février 2005, à une maladie essentiellement psychique plutôt que somatique. En ce sens, l'appréciation de la Dresse R\_\_\_\_\_ selon laquelle il est "facile" de retenir une atteinte psychique, alors que depuis de nombreuses années les plaintes sont somatiques, n'est-elle pas pertinente.

Par ailleurs, en tant qu'elle se réfère aux avis psychiatriques des Drs Q\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, sa critique n'est pas pertinente non plus, pour les raisons exposées ci-dessus. On ne saurait ainsi admettre que le rapport du SMR du 2 août 2004, lequel repose sur l'avis de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 28 juin 2004, est toujours valable.

Elle estime ensuite qu'une dysthymie ne peut entraîner une incapacité de travail, même partielle, et que le trouble mixte de la personnalité existant depuis le début de l'âge adulte n'a pas empêché la recourante de travailler.

A/3436/2007 - 15/16 -

Or, l'expertise de la CRR a précisé que l'incapacité de travail était due à l'association d'une dysthymie chronique et du trouble mixte de la personnalité. Le tableau de dysthymie chronique - dont l'experte indique qu'elle atteint généralement les capacités et ressources psychiques - avait décompensé une personnalité jusque là peu bruyante.

Le fait que la recourante ait pu travailler dès son arrivée en Suisse en 1983 n'est ainsi pas en contradiction avec l'apparition d'une incapacité de travail des février 2005, comme attesté par l'expertise.

En conclusion, aucun avis médical pertinent ne permet au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise de la CRR, soit une incapacité de travail de la recourante due à une maladie psychique de 100 % de février à juillet 2005, puis de 70 % d'août 2005 à décembre 2006 et de 50 % dès le 1er janvier 2007. 8. Le statut d'active à 100 % de la recourante n'est pas remis en cause. La capacité résiduelle de travail pouvant s'exercer dans l'activité habituelle, le degré d'invalidité se confond avec le taux de l'incapacité de travail.

A l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 1er février 2006, la recourante présentait une incapacité de travail de 70 %, laquelle lui donne droit à une rente d'invalidité entière depuis cette date. Dès le 1er janvier 2007, le taux d'invalidité est de 50 %. En

application de l'art. 88a RAI, la diminution de la rente entière d'invalidité à une demi-rente prend effet le 1er avril 2007. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er février 2006 au 31 mars 2007 et à une demi-rente dès le 1er avril 2007. 10. Une indemnité de 1'800 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé et un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de celui-ci.

A/3436/2007 - 16/16 -

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