

## **GE\_GERICHTE ATAS/1274/2012 vom 23. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1274\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1274_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1274/2012 du 23 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1274/2012 del 23 ottobre 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 dès 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

A/991/2012 - 15/22 -

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, plus précisément sur son degré d'invalidité.

#### **E. 5**

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

## **E. 6**

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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de

A/991/2012 - 16/22 - volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données

médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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

A/991/2012 - 17/22 - 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

## E. 8

Il convient d'examiner les rapports médicaux à la lumière des considérants qui précèdent. Le rapport du Dr AC\_\_\_\_\_ répond en tous points aux critères dégagés par la jurisprudence permettant de reconnaître une pleine valeur probante à un document médical. Cet expert s'est en effet fondé sur l'étude du dossier, il a procédé à une anamnèse détaillée, a relaté les plaintes de l'assuré et complété son examen clinique par des analyses sanguines. Ses conclusions sont par ailleurs motivées et convaincantes. Contrairement à ce qu'allègue l'assuré, l'observation d'une baisse de la libido et du plaisir éprouvé auparavant lors de certaines activités ne constitue pas une diminution constante et marquée de l'intérêt pour toutes les activités, de sorte que les constats du Dr AC\_\_\_\_\_ s'agissant des activités plaisantes ne sont pas contradictoires. S'agissant des autres rapports médicaux, il sied en préambule de rappeler que le Tribunal, dans son arrêt du 5 octobre 2010, s'est d'ores et déjà penché sur la valeur probante des rapports antérieurs à cette date et a retenu qu'ils ne répondaient pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Il reste cependant à examiner les documents médicaux réunis depuis par l'OAI. En ce qui concerne le courrier du 15 août 2011 des Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, il ne contient aucun status et ne mentionne aucune observation clinique susceptible d'étayer le diagnostic de trouble dépressif retenu par ces médecins, de sorte qu'il ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr AC\_\_\_\_\_. La Cour de céans relève par ailleurs que ces médecins semblent admettre le caractère fluctuant des symptômes présentés par l'assuré - qui ressort du reste également de l'évaluation selon l'échelle MADRS, ce qui tend à démontrer, comme le retient l'expert mandaté par l'OAI, que les épisodes ayant conduit aux hospitalisations en psychiatrie de l'assuré n'ont pas de caractère durablement incapacitant. Certes, la polysomnographie réalisée a depuis mis en évidence des troubles du sommeil. Ce seul élément ne suffit cependant pas à objectiver un trouble dépressif, contrairement à ce que semblent sous-entendre les Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ dans leur courrier du 3 octobre 2011. Il est vrai que le système de classification internationale des maladies CIM-10 décrit les épisodes dépressifs (F 32) comme ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'appétit à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. Ainsi, si les troubles du sommeil sont une des manifestations d'un état dépressif selon la doctrine médicale, ils ne suffisent pas à eux seuls à retenir un tel diagnostic. La Dresse AF\_\_\_\_\_ n'établit d'ailleurs pas de corrélation entre les troubles constatés et une éventuelle atteinte psychique. Enfin, le Dr AC\_\_\_\_\_ a lui aussi

A/991/2012 - 19/22 - mentionné les troubles du sommeil dont se plaignait l'assuré, si bien qu'il ne s'agit pas là d'un élément ignoré ou écarté par l'expert. On notera encore que si les psychiatres des HUG se réfèrent à plusieurs éléments cliniques et paracliniques qui motiveraient leur diagnostic, ils ne détaillent guère la nature de ces éléments – hormis les résultats de la polysomnographie – et ne font en particulier état d'aucune observation clinique concrète permettant de mettre en doute les observations du Dr AC\_\_\_\_\_. Quant aux griefs développés par l'assuré, ils ne suffisent pas non plus pour s'écarter des

conclusions de l'expert. On ne saurait en particulier suivre l'assuré lorsqu'il reproche à celui-ci de ne pas avoir procédé à des examens permettant d'objectiver ses conclusions. En effet, en matière d'expertise psychiatrique, l'entretien qui permet au spécialiste d'établir un status clinique constitue précisément un tel examen et permet d'observer et de recenser les manifestations d'une symptomatologie psychique. Les lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques prévoient du reste que l'examen clinique comprenant la prise de l'anamnèse, l'étude de la sémiologie et l'observation du comportement constitue la partie centrale de l'expertise et précisent que des tests psychologiques peuvent représenter un complément de l'investigation, de même qu'une documentation standardisée de la sémiologie psychiatrique selon des échelles particulières comme par exemple le système AMDP, des examens de laboratoire et d'autres examens paracliniques pouvant s'avérer indiqués dans certains cas (Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1907ss). En l'espèce, le contenu de l'expertise correspond à ces exigences développées par les praticiens. L'expert s'est en outre assuré par des analyses sanguines de la compliance de l'assuré à son traitement médicamenteux. L'assuré se réfère par ailleurs à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), dans lequel notre Haute Cour s'est penchée sur les principes régissant les missions d'expertises confiées aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il affirme que les conditions posées par cette jurisprudence n'ont pas été respectées dans la mesure où les experts mandatés par l'OAI n'ont pas réalisé d'examen objectif. Or, comme on l'a vu, cet argument est erroné. Par ailleurs, les changements introduits par l'arrêt invoqué ne concernent pas tant le contenu des expertises en tant que telles mais bien plutôt les modalités de leur mise en œuvre afin de garantir l'égalité des armes entre autorités et assurés. Le Tribunal fédéral a ainsi modifié sa jurisprudence en ce sens qu'une expertise ordonnée par l'administration doit faire l'objet d'une décision incidente susceptible de recours et que les droits de participation de l'assuré sont renforcés (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 de l'arrêt précité). En revanche, il a expressément relevé que l'application aux cas en cours d'instruction des nouveaux principes jurisprudentiels n'implique pas que les expertises ordonnées selon l'ancienne procédure ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Au contraire, il convient en fonction des spécificités du cas et des griefs soulevés de déterminer s'il

A/991/2012 - 20/22 - est conforme au droit de se fonder sur les moyens de preuve à disposition (consid. 6). En l'espèce, le Dr AC\_\_\_\_\_ a été mandaté par l'OAI et a rendu son rapport avant que le Tribunal fédéral ne modifie sa jurisprudence, de sorte qu'on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir procédé en fonction de ces modalités. Quant à la partialité des experts rémunérés par l'OAI, il faut rappeler que selon une jurisprudence constante, le seul fait qu'un médecin soit lié à un organisme assureur par des relations de service ne suffit, en soi, pas à mettre en doute son indépendance ou son impartialité (ATF non publié 9C\_664/2011 du 20 février 2012 consid. 3.4), et la rémunération des experts par l'assurance-invalidité ne fait pas obstacle à leur indépendance (ATF 123 V 175 consid. 4a). En l'espèce, l'assuré n'allègue aucun élément concret qui permettrait d'établir que le Dr AC\_\_\_\_\_ n'a pas exécuté son mandat de manière impartiale et neutre. S'agissant du caractère impartial des avis des médecins hospitaliers consultés par l'assuré, cette question n'a pas à être examinée dès lors que leurs rapports ne répondent pas aux exigences formelles et ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Quant au fait que la Dresse M\_\_\_\_\_ aurait observé des symptômes démontrant une aggravation de la santé psychique de l'assuré, il y a lieu de rappeler que le Tribunal n'a pas reconnu pleine valeur

probante au rapport de cette psychiatre. De plus, nonobstant la modification du tableau clinique, ce médecin n'avait pas non plus conclu au caractère incapacitant des atteintes nouvellement constatées. En ce qui concerne la détresse psychosociale, la Cour de céans relève au demeurant qu'il s'agit d'une atteinte répertoriée sous le code Z dans la CIM-10, code qui tend à la classification de circonstances qui influent sur l'état de santé d'une personne mais ne constituent pas une atteinte ou une maladie. Ce code concerne les facteurs supplémentaires qui doivent être pris en compte lorsqu'une personne est traitée pour un état pathologique. Ces facteurs ne correspondent pas en tant que tels à la définition de l'atteinte à la santé au sens juridique (SVR 2008 IV N°15, consid. 2.2.2.2). En outre, lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; ATF non publié 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010, consid. 4.1). Or, le Dr AC\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré paraissait avant tout affecté par ses difficultés financières et celles de sa fille. S'il s'agit-là de préoccupations compréhensibles et légitimes, elles ne constituent pas une atteinte à la santé au sens de la jurisprudence. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr AC\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail de longue durée. Le Dr Q\_\_\_\_\_ ayant déjà entendu et n'ayant pas fait état d'éléments que l'expert aurait ignorés, une deuxième audition de ce médecin s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

## **E. 9**

L'assuré requiert encore que son degré d'invalidité soit calculé en appliquant un abattement statistique de 25 % sur son revenu d'invalidité.

A/991/2012 - 21/22 - Il faut rappeler que lorsqu'une administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors que l'OAI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite, comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations s'appliquent sans restriction (ATF non publié 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012, consid. 4. et les références). Dans la mesure où l'OAI est entré en matière dans le cas d'espèce, il aurait dû procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité. En l'espèce, les revenus avec et sans invalidité n'ont pas varié depuis le calcul auquel a procédé le Tribunal dans son arrêt du 4 mars 2008, puisque la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est restée la même. Seule l'ampleur de l'abattement statistique doit être réexaminée. Le Tribunal avait retenu en 2008 qu'une réduction statistique de 20 % s'imposait. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). Dans le cas d'un assuré de 59 ans, présentant de nombreuses limitations

fonctionnelles et disposant d'une capacité résiduelle de 50 % dans un grand nombre d'activités, le Tribunal fédéral a considéré qu'un abattement de 20 % tenait suffisamment compte des circonstances et que l'âge était encore éloigné de celui à partir duquel ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (ATF non publié 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008, consid. 4). Compte tenu de cette appréciation, la situation de l'assuré – né en 1956 mais maîtrisant le français et disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée – l'application du taux maximal de 25 % ne se justifie pas. Le taux d'invalidité de l'assuré ne s'est dès lors pas modifié depuis l'arrêt du 4 mars 2008.

#### **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, le recours est mal fondé. L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'assuré au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/991/2012 - 22/22 -

**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.