

## **GE\_GERICHTE ATAS/132/2008 vom 5. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_132\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_132_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/132/2008 du 5 février 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/132/2008 del 5 febbraio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V 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'article 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 à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

#### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

#### **E. 4**

La question litigieuse que le Tribunal de céans doit trancher consiste à savoir si les atteintes subies par la recourante à sa santé physique et mentale doivent être considérées comme invalidantes au sens de la LAI et donc ouvrir le droit aux prestations prévues par cette loi, entre autre la rente (conclusion principale de la recourante) et les mesures de réadaptation professionnelle (conclusion subsidiaire de la recourante).

#### **E. 5**

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) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à

A/522/2007 - 8/15 - 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 : Mélanges 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'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que 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, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 353 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 aboutit 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 dans ses propos

A/522/2007 - 9/15 - nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant 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 connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs 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 fait 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).

## **E. 6**

En l'occurrence, antérieurement à la procédure devant le Tribunal de céans, deux rapports médicaux ont été versés au dossier de demande de prestations AI: celui du médecin traitant de la recourante et celui effectué par le SMR Léman. Ils divergent tant dans leurs diagnostics que dans leurs conclusions quant au caractère invalidant des troubles diagnostiqués. Amenée, lors de sa comparution personnelle du 17 avril 2007, à s'exprimer sur le rapport du SMR Léman, la recourante conteste le fait qu'elle aille deux fois par semaine à la piscine. Elle confirme le rapport pour le surplus. Au-delà de ce point concernant les activités prétendues de la recourante, ce qui trouble est l'affirmation qu'une exploration psychodynamique en profondeur (non effectuée dans le cadre de cet examen) est nécessaire pour vérifier un éventuel état psychique cristallisé chez la recourante. La recourante critique également le caractère sommaire du volet psychiatrique de l'examen mené par le SMR Léman, chose qui est confirmée par le Docteur A\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, lors de son audition en tant que témoin du 12 juin 2007. Lors de cette même audition, il maintient que la recourante souffre d'un état dépressif, comme déjà dit dans son rapport à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE- INVALIDITE (ci-après: OCAI). Il n'est toutefois pas spécialiste F.M.H. en psychiatrie-psychothérapie. Au vu de ces éléments pouvant faire naître légitimement des doutes sur l'état psychiatrique réel de la recourante, le Tribunal de

A/522/2007 - 10/15 - céans a appliqué la jurisprudence précitée concernant la nécessité de prendre du recul vis-à-vis des rapports médicaux émanant du médecin traitant de la partie en cause et de la nécessité d'instruire complémentaiement aux fins d'éclaircir les aspects psychiatriques du cas, en commettant une nouvelle expertise. En revanche, les conclusions sur le volet rhumatologique ne sont pas remises en discussion. L'expertise a été réalisée par le Docteur G\_\_\_\_\_, et reprend les conclusions du SMR Léman quant à l'absence de troubles invalidants. Amenée à se prononcer sur cette nouvelle expertise, la recourante l'a derechef critiquée. In extenso, elle rappelle: que son oncle n'est pas alcoolique mais décédé, que sa sœur ne tient pas un commerce mais est commerciale, que son époux n'a jamais été agent de sécurité aux CFF, qu'elle fait chambre à part avec son époux en raison du bruit d'une machine et non des apnées de sommeil de Monsieur, que sa fille n'a pas vécu d'abus sexuels mais a été violente physiquement et psychologiquement par son ex-époux. Elle rappelle que tant le Docteur A\_\_\_\_\_ que la Doctoresse B\_\_\_\_\_ concluent à un état dépressif. Le Tribunal de céans entend bien les remarques de la recourante. Toutefois, même à admettre que les critiques susmentionnées sont exactes, l'on ne distingue pas en quoi elles auraient pu induire en erreur l'expert au point de mettre son rapport en discussion. Le Tribunal de céans ne voit pas de lien de causalité logique entre la position professionnelle de membres de sa famille et l'état de santé de la recourante. Peu importe dans ce contexte de savoir pourquoi les époux font chambre séparée. Le prétendu état dépressif de la recourante a toujours été allégué en rapport avec des difficultés familiales et non en rapport avec un travail de deuil. Le fait que l'oncle de la recourante soit décédé ou alcoolique n'est donc pas pertinent dans la présente cause. Il est de même indifférent de savoir si les difficultés familiales proviennent d'abus sexuels ou d'autres formes de

violences sur la personne de la fille de la recourante, ces deux situations étant pareillement propres à engendrer des problèmes familiaux. Il est vrai que tant le Docteur A\_\_\_\_\_ que la Doctoresse B\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un état dépressif. Toutefois, il a été rappelé que les déclarations du médecin traitant doivent être prises avec le recul nécessaire. Quant à la Doctoresse B\_\_\_\_\_, elle avoue elle-même, dans sa réponse à la demande de rapport médical de l'OCAI, qu'elle n'a plus revu la recourante depuis la fin du premier semestre 2004 et ne peut donc juger de l'évolution de son état de santé. Plus de 3 ans se sont écoulés entre cette date et le rapport du Docteur G\_\_\_\_\_. Il est incontestable que l'état psychiatrique de la recourante ait pu évoluer du tout au tout dans ce laps de temps. Par ailleurs, le seul fait d'être en désaccord sur le diagnostic n'est pas de nature à fonder un doute quant au caractère probant de l'expertise. Il n'y a donc aucun motif impératif de s'écarter de l'expertise fournie par le Docteur G\_\_\_\_\_. En conséquence de quoi, le Tribunal de céans s'appuiera principalement sur l'expertise du Docteur G\_\_\_\_\_, ainsi que sur l'examen du SMR Léman et de l'avis du Docteur A\_\_\_\_\_, en tout cas en ce qui concerne l'aspect physique, dans

A/522/2007 - 11/15 - la mesure où elle ne contredisent pas celle du Docteur G\_\_\_\_\_, pour déterminer le caractère invalidant des troubles présentés par la recourante.

#### **E. 7**

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). Une maladie, un accident ou une infirmité congénitale peuvent provoquer une atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité (art. 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le TFA a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution

ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

A/522/2007 - 12/15 - Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont

A/522/2007 - 13/15 - pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

## **E. 8**

En l'espèce, le Docteur G\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de dysthymie, dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et neurasthénie, mais nie l'existence d'un syndrome

somatoforme douloureux persistant. Le SMR Léman parle quant à lui de syndrome somatoforme douloureux persistant et le Docteur A\_\_\_\_\_ de syndrome douloureux chronique et de fibromyalgie. Il est toutefois incontestable que la recourante est atteinte dans sa santé. Le trouble somatoforme douloureux, à supposer qu'il existe en l'espèce, se traite, d'un point de vue juridique, à l'égal de la fibromyalgie, dont le Tribunal fédéral des assurances a nié le caractère invalidant en elle-même. Il convient donc de vérifier la présence de facteurs aggravant empêchant la recourante de fournir l'effort de volonté que l'on peut attendre d'elle. Un état dépressif majeur et cristallisé a été formellement nié par le Docteur G\_\_\_\_\_. La recourante ne souffre pas non plus d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: elle a des contacts téléphoniques avec sa famille restée au Portugal et dit s'amuser à s'occuper de ses petits-enfants, ainsi qu'avoir une vraie amie. La dysthymie constatée tant par le Docteur G\_\_\_\_\_ que par le SMR Léman, au demeurant sans influence sur la capacité de travail et de gain, n'est pas cristallisée, de sorte qu'une amélioration de l'état de la recourante est envisageable. Un traitement adéquat de ce problème n'est pas d'emblée voué à l'échec. A nouveau, il n'est pas remis en question que la recourante souffre de troubles médicaux. Toutefois, il n'apparaît à aucun moment que ceux-ci soient plus sévères, plus chroniques ou plus insupportables pour la recourante que pour d'autres personnes souffrant des mêmes maux. Au contraire, le Docteur G\_\_\_\_\_ relève un décalage entre les plaintes de la recourante et ses constatations objectives. D'ailleurs, l'expert reconnaît une pleine capacité de travail à la recourante, ce qui est admis par le médecin traitant sur le plan physique.

#### **E. 9**

En conséquence, le Tribunal de céans constate que la qualification des souffrances de la recourante en tant que syndrome somatoforme douloureux persistant ou chronique n'est pas définitivement établie. Quand bien même elle le serait, le syndrome ne serait pas invalidant au sens de la jurisprudence précitée, car non accompagné de facteurs aggravants. La décision de l'OCAI du 12 janvier 2007 doit être confirmée. Il n'est donc plus utile de se pencher plus avant sur la question du droit aux mesures de réadaptation professionnelle, car celles-ci sont réservées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 LAI), ce qui n'est pas le cas de la recourante.

#### **E. 10**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure

A/522/2007 - 14/15 - de recours en matière de contestations 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 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis 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). La recourante succombant dans ses conclusions, il convient de mettre à sa charge un émolument de 200 fr.

A/522/2007 - 15/15 -