

## **GE\_GERICHTE ATAS/1418/2008 vom 27. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1418\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1418_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1418/2008 du 27 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1418/2008 del 27 novembre 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

L'assurée a interjeté recours contre cette décision dont elle requiert l'annulation, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité après avoir au préalable entendu son médecin-traitant, le Dr M\_\_\_\_\_, au sujet de son état psychiatrique et les effets de la fibromyalgie sur celui-ci et retourné le dossier à l'OCAI pour qu'il soit effectué un nouveau dossier radiographique, respectivement complété l'expertise au niveau de l'évaluation physique et psychiatrique. En substance, elle a reproché à l'intimé d'avoir fondé son appréciation médicale sur l'expertise interdisciplinaire du 21 décembre 2006 qui niait l'atteinte psychiatrique liée à la fibromyalgie. Elle a par ailleurs fait savoir que les experts s'étaient basés sur un dossier radiographique datant de 1998 alors que son état s'était empiré, ce que de nouvelles radiographies auraient pu confirmer. Elle a en dernier lieu relevé que la fibromyalgie dont elle était atteinte était à elle seule invalidante. A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment produit un courrier du Dr M\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2007 confirmant qu'elle souffrait de fibromyalgie. Il a par ailleurs critiqué l'avis de l'expert psychiatre, le qualifiant de non convainquant. Il a pour sa part soutenu que sa patiente souffrait d'un important état dépressif.

#### **E. 19**

Par courrier du 26 février 2008, la recourante a sollicité un délai pour la production de documents médicaux supplémentaires permettant de justifier ses affections psychiatriques invalidantes.

#### **E. 20**

Annexé à son courrier du 14 avril 2008, la recourante a produit un rapport médical du 25 mars 2008 du Dr R\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, ancien chef de clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui s'est prononcé en faveur d'un épisode dépressif, épisode actuel moyen, d'évolution chronique (F32.1 ; ICD10), associé à une fibromyalgie. Il a précisé qu'elle était d'humeur triste et irritable avec une importante anxiété, un manque d'intérêt et de plaisir à réaliser les activités quotidiennes, une perte d'énergie, des difficultés à faire face à des stress d'intensité faible, des difficultés de concentration et de mémoire, une perturbation du sommeil. Il a proposé une adaptation de la posologie de l'antidépresseur avec drug monitoring, éventuellement une association de deux antidépresseurs. Il a en outre recommandé la mise en œuvre d'un travail de psycho-éducation centré sur les symptômes dépressifs et leur intrication avec les symptômes douloureux. Il a encore retenu un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable et dont la symptomatologie était demeurée inchangée. Il a relevé que la patiente était

A/156/2008 - 8/16 - confrontée à une perte d'intégration sociale qui s'était traduite par l'arrêt de l'activité professionnelle en raison des états de fatigue récurrents avec perte de concentration. Considérant que la thymie dépressive s'était chronifiée, il a évalué la capacité de travail résiduelle à 50%.

#### **E. 21**

Dans sa réponse du 19 mai 2008, l'OCAI, soutenant que le dossier ne nécessitait pas d'investigations médicales complémentaires, a maintenu les conclusions formulées dans la décision sur opposition du 6 décembre 2007.

#### **E. 22**

Après transmission de cette dernière écriture à la recourante pour information, les parties ont été informées, le 8 août 2008, que la cause était gardée à juger.

#### **E. 23**

Par courrier du 24 septembre 2008 adressé au Tribunal de céans, la recourante s'est toutefois interrogée sur la compétence des médecins du SMR Léman dans l'établissement de l'examen du 18 février 2003, respectivement du rapport du 7 avril 2003.

#### **E. 24**

Le 30 septembre 2008, le Tribunal de céans a transmis ledit courrier à l'OCAI pour se déterminer.

#### **E. 25**

Par courrier du 29 octobre 2008, l'OCAI a renvoyé le Tribunal à la correspondance du directeur de l'OCAI du canton de Vaud du 2 septembre 2008 relative à l'autorisation de pratique des médecins du SMR.

#### **E. 26**

Le 5 novembre 2008, la recourante a fait observer au Tribunal qu'un des cosignataires de l'examen psychiatrique du 18 février 2003 n'avait au moment des faits pas le droit de pratique dans le canton de Vaud. Elle conclut donc à l'annulation de la décision de l'OCAI dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire du 21 décembre 2006 se basait sur l'examen psychiatrique incriminé.

#### **E. 27**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT** 1. Conformément à l'article 56 V 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'art. 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).

A/156/2008 - 9/16 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de la déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde un principe, pour apprécier une cause, sur l'état de faits réalisés à la date

déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au

### **E. 31**

décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 décembre 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI-GE a refusé toute prestation de l'AI à la recourante. 4. 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 ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Déterminer si, et dans quelle mesure, les affections présentées par la recourante sont de nature à diminuer sa capacité de travail et de gain, suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Aux fins de trancher ce point, le Tribunal de céans doit prendre connaissance des pièces médicales versées à la procédure et juger de leur

A/156/2008 - 10/16 - force probante conformément aux principes exposés ci-après aux fins de trancher la question litigieuse. 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) suppose l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à 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 *Mélange 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'ils prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin 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 ; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitant, 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 partie 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

A/156/2008 - 11/16 - l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 352 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 a abouti 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 concernant les propos 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 connotations subjectives, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qui les exprime (voir à ce sujet MEINE, l'expert et l'expertise – critère de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que PAYCHERE, le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss, in : l'expertise médicale, édition médecine et hygiène, 2002, également ATF 125 V 352 consid. 3a ; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) 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 disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de faits 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). 5. En l'espèce, la recourante souffre de problèmes de santé pouvant se décomposer en deux volets principaux : problèmes rhumatologiques et psychiatriques. Du point de vue rhumatologique, excepté le Dr L. \_\_\_\_\_ qui s'est pour sa part prononcé en 1998 et 1999 en faveur de cervico-brachialgies gauches et lombosciatalgies gauches sur maladie dégénérative du rachis, l'ensemble des pièces versées à la procédure font état d'un syndrome de fibromyalgie. Les pièces versées à la procédure

expriment toutefois des conclusions différentes quant à l'impact des affections sur la capacité de travail de la recourante. Pour le Dr L\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale pour les 5 premiers mois de

A/156/2008 - 12/16 - l'année 1998 tandis que pour le Dr M\_\_\_\_\_ l'incapacité est totale depuis le 6 novembre 1998. L'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 21 décembre 2006 conclut à une capacité de travail entière avec néanmoins une limitation ou une diminution du rendement dans les activités lourdes ou nécessitant des gestes répétitifs. En revanche, dans une activité sédentaire légère, aucune limitation n'est retenue. Le Tribunal de céans constate en particulier que le rapport d'expertise interdisciplinaire se prononce en faveur d'un syndrome de fibromyalgie, présentant les critères habituels d'accompagnement et avec indication de 18 points de fibromyalgie à la palpation. Sur la base du dernier bilan radiologique établi en 1998, ledit rapport précise toutefois qu'il n'existe pas de substrat morpho- pathologique et d'atteinte évidente de l'appareil locomoteur. Le Dr Q\_\_\_\_\_, qui s'est chargé du volet rhumatologique de l'expertise le 30 octobre 2006, considérant que l'évolution était stable depuis 1998, n'a pas estimé nécessaire de faire de nouveaux examens dans le contexte d'un trouble dégénératif discret. Si son raisonnement peut être admis par le Tribunal de céans, devant la péjoration de l'état de santé général de la recourante, avec notamment une nette augmentation des douleurs, comme annoncé par le Dr M\_\_\_\_\_ au mois de janvier 2005, l'expert se devait de compléter le dossier médical de la recourante afin de déterminer l'évolution des ces troubles dégénératifs. Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert selon lesquelles les limitations fonctionnelles relèvent essentiellement de la douleur, en l'absence d'atteinte évidente de l'appareil locomoteur, apparaissent hâtives. Par ailleurs, l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'expert rhumatologue ne convainc pas. Du point de vue psychiatrique les avis médicaux sont très divergents. La Dresse O\_\_\_\_\_, dans son examen psychiatrique du 18 février 2003, après avoir éliminé tour à tour de nombreuses affections, conclut à une atteinte fibromyalgique sans comorbidité psychiatrique. S'agissant de la valeur probante de ce rapport, comme l'a fait observer la recourante, la Dresse O\_\_\_\_\_ n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie lorsqu'elle a rendu son rapport. Aussi, n'était-elle pas habilitée à signer ce document avec le titre « psychiatre FMH ». Il convient 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 O\_\_\_\_\_, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre de 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 celui-ci lui avait été délivré 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 O\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à

A/156/2008 - 13/16 - l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur 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 O \_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 18 février 2003 signé « psychiatre FMH » alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler comme médecin dépendant. La situation était similaire au cas précité de sorte qu'il convient de conclure que sa valeur probante est affaiblie. Il s'agit toutefois de constater que ledit rapport est d'une part, complet et clair, et d'autre part convainquant, ce médecin ayant expliqué les raisons pour lesquelles elle admettait, sur le plan strictement psychique, une capacité de travail de 100% dans toute activité. Pour sa part, le Dr M \_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 18 janvier 2005 que la recourante souffre d'un état dépressif qualifié de moyen à sévère. Le 21 décembre 2007, ce même médecin se prononce en faveur d'un important état dépressif, sans autre précision. L'état psychiatrique de la recourante a par ailleurs été investigué en profondeur par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, dans le cadre de l'expertise interdisciplinaire rendue le 21 décembre 2006. Celui-ci pose le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. Il explique que la recourante frappe par la discordance importante entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Le diagnostic de trouble dépressif est écarté en l'absence de critères objectifs, mais également en l'absence d'un autre trouble psychiatrique, et avec la description d'une attitude histrionique. Il retient en revanche le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. L'expert conclut en conséquence à une capacité totale de travail. En dernier lieu, le Dr R \_\_\_\_\_ retient le diagnostic d'épisode dépressif, épisode actuel moyen, d'évolution chronique justifiant une incapacité de travail de 50%. Ce diagnostic repose sur les plaintes subjectives de la recourante. Le Tribunal de céans observe que la recourante, malgré l'atteinte psychiatrique alléguée, n'indique pas être suivie par un médecin psychiatre. Des éléments recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier, il apparaît que la recourante bénéficie d'un traitement journalier antidépresseur introduit depuis le mois de septembre 2007 à de très faibles doses (20 mg de Seropram). Selon les dires de la recourante, l'instauration de ce traitement pharmacologique lui a apporté une amélioration par la diminution de son irritabilité. Certes, le Dr M \_\_\_\_\_ indique pour sa part que la recourante souffre d'un important état dépressif. Cette affirmation est toutefois contredite par l'expertise et les explications du Dr P \_\_\_\_\_. Quoi qu'il en soit, au vu de l'absence de tout suivi psychiatrique et des doses négligeables d'antidépresseurs, l'atteinte de la

A/156/2008 - 14/16 - recourante ne remplit pas les critères jurisprudentiels de gravité permettant de retenir à son endroit l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'audition du médecin-traitant ne saurait modifier cela. Enfin, le rapport du Dr R \_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise psychiatrique rendue dans le cadre de l'expertise interdisciplinaire. En définitive, le diagnostic de fibromyalgie, en l'absence de comorbidité psychiatrique, ne sera pas retenu. Se pose certes la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. Sur ce point, il convient de tenir pour établie la présence d'affection corporelle chronique. Par contre, dans la mesure où la recourante bénéficie d'un étayage social et qu'elle n'a pas épuisé ses capacités adaptatives, il y a lieu de considérer qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. En outre, la poursuite du traitement médical en cours est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété et d'irritation de sorte que l'on ne saurait conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Cependant, même si le diagnostic de fibromyalgie doit être écarté, il convient encore d'examiner, au regard du bilan radiologique, si des changements sont survenus en particulier par rapport au bilan radiologique du 26 janvier 1998 au niveau de la colonne cervicale, dorsale et

lombarde, qui pourraient expliquer la symptomatologie douloureuse exprimée par la recourante. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. 7. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestation 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 fr. 200.- et 1000.- fr. (art. 69 al. 1bis 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), de sorte qu'un émolument de 500.- fr. sera mis à la charge de l'intimé. 8. Par ailleurs, une indemnité de 1'000.- fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

A/156/2008 - 15/16 -

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