

# **GE\_GERICHTE ATAS/146/2009 vom 11. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_146\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_146_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/146/2009 du 11 février 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/146/2009 del 11 febbraio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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

A/1465/2008 - 13/21 - générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'occurrence, dès lors que les faits déterminants se sont produits après le 1er janvier 2003, tant les règles matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent.

### **E. 3**

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) sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

### **E. 4**

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, 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 de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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). Le présent litige étant soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), il sera perçu un émolument.

### **E. 5**

Selon l'art. 60 al. 1er LPGA, le délai de recours est de trente jours. Compte tenu de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclus,

le délai de recours contre la décision datée du 17 mars 2008 a commencé à courir le 1er avril 2008 et est arrivé à échéance le 30 avril 2008 (art. 38 al. 1 et 4 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé le 29 avril 2008 est recevable.

#### **E. 6**

Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/1465/2008 - 14/21 -

#### **E. 7**

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). 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, 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). Il en résulte que 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).

#### **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 ss consid. 5.3 et consid. 6). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non

une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

A/1465/2008 - 15/21 - que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où 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 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

## **E. 9**

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants 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 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. 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). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances 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

A/1465/2008 - 16/21 - 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.

## **E. 10**

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). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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. 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 351 consid. 3b/bb). Enfin, 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).

A/1465/2008 - 17/21 -

## **E. 11**

En l'espèce, il résulte de l'expertise réalisée à la demande de l'intimé par le Dr Q\_\_\_\_\_ que la recourante présente le diagnostic de somatisation (F45.0). Selon l'expert, cette atteinte n'entraîne aucune incapacité de travail. Le Tribunal de céans est d'avis que l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ n'est cependant pas suffisamment probante, et ce pour plusieurs raisons. Il y a lieu tout d'abord de relever que l'expert n'a pas pu se déterminer sur la base d'un dossier complet, dans la mesure où les rapports concernant les trois hospitalisations effectuées par la recourante à la clinique de Belle-Idée n'étaient pas en sa possession (rapports des 8 août 2005, 11 octobre 2005 et 18 décembre 2006). Il ressort en outre de l'expertise que le Dr Q\_\_\_\_\_ n'a pas eu connaissance du fait que la recourante a été hospitalisée du 25 juillet au 3 août 2005, puis suivie par le CTB du 4 au 11 août 2005, lequel a alors jugé nécessaire que la recourante soit à nouveau hospitalisée en raison d'un risque auto-agressif. Le Dr Q\_\_\_\_\_ n'a pas su que cette deuxième hospitalisation a duré deux mois (du 11 août au 11 octobre 2005), ni qu'une troisième

hospitalisation a eu lieu du 1er au 12 décembre 2006. Enfin, l'expert n'a pas su non plus que la recourante a fait deux tentamens médicamenteux (Drs I\_\_\_\_\_ et LF\_\_\_\_\_, rapport du 30 août 2005). De surcroît, le diagnostic posé par l'expert dans son rapport du 26 juin 2007, soit la somatisation, ne convainc pas. En effet, le Dr Q\_\_\_\_\_ justifie ce diagnostic par le fait que lorsqu'il avait vu la recourante en 2005, elle présentait une kyrielle de douleurs générales et non systématisées, sans base organique et de nature fluctuante. Ce tableau lui avait alors permis de mettre en évidence la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Deux années plus tard, le tableau demeurait le même, raison pour laquelle il fallait désormais parler de somatisation (p. 20 de l'expertise). Or, la manière dont a été posé le diagnostic en 2005 laisse plus que songeur : « en l'absence d'informations suffisantes (la patiente répond trop peu, sa fille répond à sa place car l'examinée oppose sa passivité à toute investigation), seul le syndrome douloureux somatoforme persistant peut être retenu » (p. 5 de l'expertise). Le Tribunal de céans constate en outre que le résumé du dossier médical est truffé de considérations personnelles de l'expert qui n'y ont pas leur place, puisque cette partie du rapport d'expertise a pour but uniquement d'établir l'historique des troubles et non pas de présenter une appréciation ou une discussion de l'expert. L'expert commente en effet les rapports établis par ses confrères en ces termes : « de façon surprenante.... » (p. 5, 1er §), « de façon contradictoire.... » (p. 5, dernier paragraphe ; p. 7, 5ème et 9ème paragraphes), « de façon paradoxale.... » (p. 6, avant-dernier paragraphe). En se permettant de telles considérations au début de son rapport d'expertise, le Dr Q\_\_\_\_\_ donne d'emblée une coloration suspicieuse à son rapport qui fait douter le Tribunal de son objectivité. A cet égard, il sied de souligner que l'on peine à comprendre pourquoi l'intimé a fait appel au

A/1465/2008 - 18/21 - Dr Q\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. En effet, dès lors que ce médecin avait déjà connu de l'affaire en 2005, sur mandat de l'assureur perte de gain maladie, il ne pouvait plus être considéré comme neutre. On notera par ailleurs que les troubles du sommeil dont se plaint la recourante n'ont pas fait l'objet d'une appréciation par l'expert. Interrogé à ce sujet par le Tribunal de céans, l'expert a expliqué que la recourante n'avait pas évoqué lesdits troubles (procès-verbal d'enquêtes du 8 octobre 2008, p. 3). Il ressort cependant de l'expertise que la recourante a expressément expliqué devoir se reposer de ses nuits où elle se lève « mille fois » (p. 11 de l'expertise) et a décrit un sommeil altéré, avec de nombreux sursauts (p. 15 de l'expertise). L'expert dit en outre avoir observé de multiples contradictions et inconsistances argumentant contre l'invalidité. Il en veut pour preuve le fait que la recourante évoque un isolement social et une incapacité à sortir de chez elle, mais il lui arriverait de rencontrer d'anciennes collègues. Pour l'expert, « on peut cependant se demander comment une personne qui ne sort jamais de chez elle peut rencontrer des gens en se baladant en ville » (p. 12 de l'expertise). Or, il paraît indéniable que bien qu'elle s'en sente incapable la recourante soit amenée à sortir de chez elle, ne serait-ce que pour se rendre chez son médecin. Force est donc de constater que le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ n'a pas été rendu en pleine connaissance du dossier, que toutes les plaintes exprimées par la recourante n'ont pas été prises en compte, que des considérations de l'expert font douter de son objectivité et qu'enfin, ses conclusions ne sont pas convaincantes. Pour tous ces motifs, le Tribunal de céans est d'avis que l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment probante pour tirer des conclusions définitives dans le cas d'espèce. Le Tribunal de céans relève par ailleurs que la sévérité de l'état psychique de la recourante a été constatée par de nombreux médecins qui ont examiné la recourante : le psychiatre traitant, les spécialistes en psychiatrie du CTB ainsi que du Département de

psychiatrie des HUG. Son état a justifié une première hospitalisation à fin juillet 2005 pour un trouble dépressif récurrent. Depuis lors, la recourante a été régulièrement suivie par les psychiatres, que ce soit auprès du CTB ou le Dr S\_\_\_\_\_, et hospitalisée à deux reprises, dont une hospitalisation qui a duré deux mois. Au vu de ces avis médicaux et des déclarations faites par le Dr S\_\_\_\_\_ par- devant le Tribunal de céans laissant soupçonner fortement l'existence d'un trouble psychique important chez la recourante et du fait que l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ ne répond pas aux exigences de valeur probante d'un rapport médical, une nouvelle instruction médicale est nécessaire. Cette instruction doit également porter sur les troubles somatiques dont souffre la recourante, dès lors que

A/1465/2008 - 19/21 - le dossier ne contient qu'un seul rapport rhumatologique, lequel date de 2004, et ne permet pas d'établir si la recourante présente une atteinte ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Etant donné que l'intimé, par l'intermédiaire de l'avis médical du SMR du 20 septembre 2007, a constaté que le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ remplissait tous les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante et a pris acte que ses conclusions confirmaient celles de ses médecins sans, toutefois, sérieusement examiner si ledit rapport faisait preuve de l'objectivité qu'on est en droit d'attendre d'un expert et s'il ne contenait pas de contradictions, il a constaté les faits de façon sommaire. De plus, en omettant de requérir l'appréciation des médecins de la clinique de Belle-Idée, il a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin.

#### **E. 12**

Il conviendra en conséquence d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans les meilleurs délais. Les investigations médicales devront être effectuées sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Les experts devront se prononcer sur l'ensemble des atteintes à la santé que présente la recourante et déterminer quelles en sont les répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan psychique notamment, il leur appartiendra de se prononcer de façon précise sur les diagnostics et l'évolution de l'état de santé.

#### **E. 13**

La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

#### **E. 14**

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé qui succombe.

A/1465/2008 - 20/21 -

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