

# **GE\_GERICHTE ATAS/147/2011 vom 7. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_147\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_147_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/147/2011 du 7 février 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/147/2011 del 7 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Par ordonnance du 22 décembre 2009, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.

### **E. 2**

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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 en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 8 janvier 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

### **E. 3**

En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante. 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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas

A/345/2009 - 13/18 - 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 294 consid. 4c in fine).

#### **E. 4**

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

#### **E. 5**

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

A/345/2009 - 14/18 - l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut

constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

## **E. 6**

En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique et une expertise rhumatologique, complétée le 4 octobre 2010, lesquelles répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'ils leur soit reconnu une pleine valeur probante. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr S\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état physique de la recourante en raison d'un trouble récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Le tableau

A/345/2009 - 15/18 - clinique psychiatrique était le même que lors de l'examen de septembre 2007. Les parties reconnaissent la valeur probante de cette expertise. S'agissant de l'aspect rhumatologique, le Dr J\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale de la recourante en raison de lombosciatalgies L5 gauche hyperalgiques chroniques sévères suite à une atteinte radiculaire L5 déficitaire (parésie) depuis 2004. L'expert a expliqué que dès 2001 des lombosciatalgies gauches étaient apparues avec, en août 2004, une sciatique parétique L5 et une hernie discale paramédiane gauche ayant nécessité une discectomie L5-S1 gauche en octobre 2004, une périduroscopie en septembre 2005, la mise en place d'une prothèse discale L5-S1 en mai 2006 et un stimulateur médullaire en juin 2007, remplacé en septembre 2007, ayant permis une amélioration temporaire des douleurs. Les douleurs avaient persisté malgré les traitements. Dès 2006, elles s'étendaient à la colonne cervicale, à l'épaule gauche et au genou gauche. La patiente se plaignait de douleurs permanentes. L'expert a requis un scanner lombaire et cervical effectué le 31 mars 2010 montrant que la prothèse discale L5-S1 provoquait d'importants artéfacts gênant l'analyse des racines L5 des deux côtés et du contenu intra-canalair à ce niveau là. L'examen clinique confirmait l'atteinte lombaire et expliquait les plaintes. Il n'y avait pas de diagnostic de fibromyalgie, ni de syndrome somatoforme douloureux. Le traitement était adapté. La

recourante prenait une dose maximum de morphine et avait bénéficié de toutes les possibilités thérapeutiques, sans succès; aucun autre traitement ne pouvait améliorer la situation clinique. Dans son complément d'expertise, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que des opérations à répétition entraînaient un état cicatriciel produisant une fibrose qui entourait les racines nerveuses et provoquait des douleurs ainsi qu'une instabilité (fragilisation des étages vertébraux supérieurs) entraînant elle-même des modifications de la posture et donc des douleurs dans tout le rachis. Quant à l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ elle était probante mais avait été pratiquée quelques mois après la pose du stimulateur médullaire, soit à une époque où l'assurée avait ressenti une amélioration clinique. L'avis du Dr L\_\_\_\_\_ va dans le même sens que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ dès lors qu'il affirme que la fibrose post-opératoire explique les douleurs lombo-sciatalgiques gauches de la recourante, lesquelles sont objectivables et qu'il exclut que l'arthrose de l'articulation inter-apophysaire joue un rôle dans la genèse des douleurs. Le Dr K\_\_\_\_\_ a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et a relevé le 13 juillet 2010 qu'il existait une discordance entre les plaintes de cervicalgies sévères et les seules contractures des trapèzes, que la boiterie était probablement due aux problèmes lombaires et pouvait être traitée

A/345/2009 - 16/18 - aisément par un traitement anti-inflammatoire comme recevait l'assurée, que les lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères n'étaient pas expliquées par le scanner récent et pouvaient être rapportées à une arthrose postérieure moyennement sévère bilatérale au niveau L5-S1, avec une prédominance gauche (telle que décrite par scanner du 27 février 2007), laquelle pouvait être traitée avec anti- inflammatoire, myorelaxant couplé à un traitement physiothérapeutique. Par rapport à l'expertise de 2007, celle du Dr J\_\_\_\_\_ mentionnait en plus des contractures musculaires au niveau des trapèzes et des muscles paravertébraux lombaires qui pouvaient être traitées par des infiltrations, voire le réajustement du traitement médical dans le cadre d'une consultation de la douleur. Ces contractures étaient vraisemblablement dues à l'aggravation de l'arthrose vertébrale postérieure pouvant mimer une sciatique. Toutes les mesures médicales n'avaient pas été utilisées et les lombosciatalgies gauches s'étaient vraisemblablement améliorées depuis 2007. Le 22 octobre 2010, le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé que la fibrose était purement hypothétique et ne pouvait être vérifiée alors que le scanner du 1er avril 2010 avait montré des signes d'arthrose modérée au niveau des articulations postérieures, tout comme celui du 27 février 2007 (arthrose postérieure moyennement sévère bilatérale au niveau L5-S1 avec une prédominance gauche), de sorte que les douleurs étaient vraisemblablement dues à cette arthrose vertébrale postérieure non- traitée. Finalement le 7 janvier 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ a modifié son point de vue en admettant que l'infiltration sous scanner n'était pas exigible et considéré que l'on pouvait admettre l'existence d'une fibrose péri-radriculaire vraisemblable à plus de 50 % de probabilité mais mis en question le rôle de celle-ci dans les douleurs et requis une expertise pluridisciplinaire. La Cour de céans constate toutefois que l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire. Ce dernier a d'ailleurs modifié son avis de telle façon qu'il a admis, d'une part, que la mesure thérapeutique de l'infiltration sous scanner n'était pas exigible et, d'autre part, l'existence d'une fibrose post-opératoire. En fin de compte, il a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire par le biais d'une expertise pluridisciplinaire uniquement au motif que le rôle de la fibrose post-opératoire dans les douleurs ne pouvait pas être confirmé. A cet égard, l'expertise judiciaire, corroborée par l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ a démontré, de façon convaincante et au degré de vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait une fibrose post-opératoire entourant les racines

nerveuses et des douleurs totalement incapacitantes. En particulier, le rôle dans la persistance des douleurs de l'arthrose de l'articulation inter-apophysaire a été écarté par les tests d'injections sous radioscopie d'anesthésiques locaux, de sorte que l'on peut exclure A/345/2009 - 17/18 - qu'un traitement de l'arthrose soit exigible et puisse avoir un effet quelconque sur les douleurs.

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il convient de suivre les conclusions de l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_ et de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale depuis le 31 août 2004 en raison de lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères objectivables, de telle sorte que la réduction dès le 1er octobre 2007 de la rente entière d'invalidité à un quart de rente n'était pas justifiée. La décision litigieuse sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2005.

#### **E. 8**

a) 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 de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour 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). b) Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI), ainsi qu'une indemnité de 3'000 fr. en faveur de la recourante.

A/345/2009 - 18/18 - 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.