

# **GE\_GERICHTE ATAS/1569/2009 vom 1. Februar 1991**

GE Cour de justice, 1991-02-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1569\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1569_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1569/2009 du 1 février 1991

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1569/2009 del 1 febbraio 1991

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (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. 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 229

A/330/2007 - 9/14 - consid. 1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées). D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au greffe du Tribunal le 29 janvier 2007 est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, et singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale de rente du 1er février 1991.

### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. 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 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

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 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Il sied encore de relever que 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 cependant 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

A/330/2007 - 10/14 - p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). À toutes fins utiles, on rappellera sur ce point que, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de syndrome douloureux persistant (qui n'a pas été posé dans le cas d'espèce) ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que de tels troubles, 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 (ATF 130 V 352). En toute hypothèse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir KOPP/WILLI/ KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet l'ATF 131 V 49).

## **E. 6**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). Cela dit, 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

A/330/2007 - 11/14 - Enfin, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, les arrêts rendus par le Tribunal de céans et par le Tribunal fédéral ont établi que ni le rapport d'expertise du docteur C\_\_\_\_\_ ni celui du docteur D\_\_\_\_\_, dressés respectivement les 20 novembre 2003 et 6 mai 2004, n'avaient une valeur suffisante pour trancher l'objet du présent litige, de sorte que la réalisation d'une expertise multidisciplinaire a été rendue nécessaire. À cet égard, il y a lieu d'observer que le rapport de l'expertise réalisée par les docteurs F\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ se fonde notamment sur le dossier médical complet de la recourante, tel que constitué depuis février 1986, sur des éléments anamnestiques étendus, sur les résultats de consultations spécialisées en rhumatologie, en neuropsychologie et en psychiatrie, sur les plaintes exprimées par la recourante, sur la synthèse réalisée par les spécialistes consultés, et il répond aux questions posées dans le cadre du mandat d'expertise, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'argumentation de la recourante, qui vise à faire écarter ce rapport d'expertise de la procédure, motif pris de la « légèreté » et de la « partialité » des experts, ne résiste pas à l'examen. Certes, certains faits rapportés n'étaient pas tout à fait conformes à la réalité, mais ces faits sont sans pertinence pour la solution du présent litige, si bien qu'ils n'ont pas même été consignés dans l'état de fait du présent jugement. Pour le reste, la jeunesse, voire l'inexpérience d'un expert n'est pas un critère suffisant pour mettre en doute son avis si, par ailleurs, il a conduit son examen et motivé son appréciation conformément aux exigences applicables en la matière. Il en va de même en ce qui concerne les réserves de la recourante au sujet des préjugés qu'elle a pu déceler dans l'attitude de l'un ou l'autre des experts : si de tels préjugés ne se reflètent pas dans le résultat des examens réalisés, en ce sens que les conclusions de l'expert sont dûment motivées par les éléments recueillis et exemptes de contradictions, on ne voit pas sur quelles bases le Tribunal serait autorisé à s'en écarter. Il est d'autre part apparu, au vu de l'ensemble des éléments qui figurent au dossier, que les actes d'instruction requis par la recourante, à savoir l'audition des docteurs I\_\_\_\_\_ -PIRKL et G\_\_\_\_\_, dont les opinions figurent au dossier, se-

A/330/2007 - 12/14 - raient impropres à modifier l'appréciation du Tribunal. Partant, il a été renoncé à ces mesures.

## E. 7

L'art. 17 al. 1er LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut dès lors être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Cela étant, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références). Enfin, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, depuis le 1er janvier 2008, la loi prévoit expressément, à l'art. 7 al. 2 LAI, que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce (art. 7d), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. En l'espèce, il s'impose de retenir que, sur le plan somatique, les troubles dont la recourante se plaint aujourd'hui sont globalement superposables à ceux qu'elle décrivait au docteur A\_\_\_\_\_ en février 1991, et que les diagnostics posés à l'époque par les experts judiciaires sont identiques. Sur le plan psychiatrique, le docteur H\_\_\_\_\_ fait état de la présence d'un probable trouble mixte de la personnalité, dont les manifestations étaient déjà évoquées par le docteur A\_\_\_\_\_ sous les traits d'une labilité psychoaffective certaine. Il apparaît ainsi, selon toute vraisemblance, que le tableau clinique présenté par la recourante n'a pas connu de modification significative depuis le mois de février 1991. Force est en outre de constater que les rapports médicaux des docteurs I\_\_\_\_\_-PIRKL et B\_\_\_\_\_ ont été établis essentiellement sur la base des plaintes et des inquiétudes formulées par leur patiente. Ces inquiétudes trouvent encore un écho dans le dernier avis de son médecin traitant, qui justifie l'incapacité totale de travail de la recourante moins par l'état de santé qu'elle présente actuelle-

A/330/2007 - 13/14 - ment que par une prétendue modification de sa personnalité suite à l'accident ou par l'importance, négligée jusqu'ici, de deux tentamens. En tout état, il apparaît que ni le docteur I\_\_\_\_\_-PIRKL ni le docteur B\_\_\_\_\_ ne font état d'éléments objectivement vérifiables et pertinents qui auraient été ignorés par les experts du CEM au terme de leurs examens. Ces deux praticiens ne soulèvent pas non plus de critiques susceptibles de faire admettre que le rapport d'expertise des

## **E. 9**

juin et 15 juillet 2009 serait entaché d'erreur ou présenterait des arguments contradictoires ; sur ce point, l'argument du docteur I\_\_\_\_\_-PIRKL selon lequel un patient incapable de travailler à 50% en raison de troubles physiques et, dans le même temps, incapable de travailler à 50% en raison de troubles psychiques, est nécessairement totalement incapable de travailler tombe tout bonnement à faux. Partant, l'on ne saurait s'écarter des conclusions du rapport d'expertise de juin et juillet 2009 sans contrevenir aux principes qui ont été rappelés plus haut. Au degré de vraisemblance prépondérant exigé en matière

d'assurances sociales, il y a donc lieu de retenir, sans qu'une nouvelle mesure d'instruction se justifie, que l'état de santé de la recourante est demeuré globalement stationnaire entre les deux décisions de l'OCAI. En d'autres termes, il s'impose de constater que les éléments produits par la recourante à l'appui de ses écritures ne fournissent pas, au degré de vraisemblance requis, d'indices suffisants en faveur d'un changement des circonstances, et qu'ils constituent simplement une nouvelle appréciation du cas. En toute hypothèse, un motif de révision au sens des dispositions légales applicables ne ressort pas clairement du dossier, de sorte que l'intimé était fondé à en conclure que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité demeurait inchangé. Le recours devra par conséquent être rejeté. 8. L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

A/330/2007 - 14/14 -

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