

# **GE\_GERICHTE ATAS/247/2010 vom 10. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_247\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_247_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/247/2010 du 10 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/247/2010 del 10 marzo 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 20 novembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité postérieurement au 31 mars 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité postérieurement au 31 mars 2008.

### **E. 5**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les

A/4616/2008 - 10/16 - circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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). De plus, en vertu de l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

#### **E. 6**

Il y a principalement lieu de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis le 24 janvier 2008.

#### **E. 7**

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).

#### **E. 8**

a) 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b/aa) 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 des preuves. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est

A/4616/2008 - 11/16 - 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). b/bb) 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). b/cc) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt (du Tribunal fédéral) I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. not. arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009) b/dd) Le Tribunal fédéral a cependant eu l'occasion d'expliquer que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du

A/4616/2008 - 12/16 - Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2).

## **E. 9**

a/aa) En l'espèce, la décision litigieuse est essentiellement basée sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_, lequel a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de syndrome de fatigue chronique, de lombo-pygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire : sacroiliite sur probable

spondylarthropathie séronégative stabilisée sous traitement d'anti-TNF- alpha et périarthropathie de hanches des deux côtés (ddc), tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, devant permettre les changements de position assise et debout et d'éviter les mouvements en porte-à-faux avec longs bras de levier et le port de charges répétitif de plus de cinq kilogrammes. a/bb) Il doit être constaté que si le rapport de l'expert du 28 janvier 2008 et son courrier du 30 mars 2009 se fondent sur une anamnèse de l'assurée, sur ses plaintes, son dossier radiologique et sur des examens cliniques, ces documents médicaux comportent, cependant, une motivation déficiente et des incohérences. L'appréciation du cas est tout d'abord très succincte, l'expert ne discutant notamment pas les raisons qui l'amènent à retenir les différents diagnostics posés. Il se dit frappé par la présence de douleurs périarticulaires, qui sont, d'après lui, « probablement » imputables à une fibromyalgie, sans apporter de justification et sans dire pourquoi d'autres atteintes objectives ne permettent pas de les expliquer. Il retient ensuite que les images radiologiques « parlaient en faveur » d'une sacro-iliite, toutefois, il n'explique pas quelles étaient les conséquences d'une telle affection. Dans son rapport subséquent du 30 mars 2009, il souligne également que le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic d'exclusion, alors même qu'il n'exclut pas la présence d'autres diagnostics tels que la sacroiliite objectivée par le scanner du 15 février 2006 ou la périarthropathie des deux hanches. L'expert expose enfin que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée, sans port de charges, sans position en porte-à-faux avec longs bras de levier et permettant les changements de position, alors que l'activité habituelle de l'assurée, laquelle consistait à assembler des montres en posant des aiguilles et des quadrants et à contrôler des montres, ne nécessitait ni port de charges ni mouvement en porte-à-faux. Cette conclusion donne l'impression que l'expert n'a pas fait le lien entre l'exposé de son anamnèse et sa conclusion. a/cc) Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans estime que l'expertise n'est pas suffisamment claire et motivée pour tirer des conclusions définitives sur l'état de

A/4616/2008 - 13/16 - santé de l'assurée ainsi que sur sa répercussion sur sa capacité de travail. Elle ne saurait ainsi présenter pleine valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence. b/aa) Reste cependant à déterminer si l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_ permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. b/bb) Le Dr A \_\_\_\_\_ a affirmé, sur la base d'une imagerie médicale de novembre 2005 et d'un scanner de février 2006, que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite séronégative avec atteinte sévère des sacro-iliaques. Le scanner avait en effet mis en évidence une sacro-iliite érosive bilatérale évoquant une pelvi- spondylite, de sorte qu'on comprend les raisons qui ont amené ce médecin à retenir le diagnostic susmentionné. Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle, il a défini en quelques mots cette affection rhumatismale, expliquant notamment qu'elle conduisait à la destruction de l'articulation elle-même, ce qui était le cas des articulations de l'assurée, lui causant d'importantes douleurs. Il s'est également prononcé sur les déclarations de l'expert concernant la manière dont le scanner avait été effectué ou encore sur la présence de l'antigène HLA-B27 chez l'assurée. Enfin, il a déterminé pour quelle raison le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait pas être retenu. c) Au vu de ce qui précède, il est vrai que le Dr A \_\_\_\_\_ a exprimé son point de vue de manière motivée et qu'il a été convainquant lorsqu'il a exposé l'état de santé de l'assurée au Tribunal de céans, toutefois, il y a lieu de tenir compte qu'il est le rhumatologue traitant de l'assurée, de sorte que ses déclarations sont à prendre avec une certaine retenue, attendu

qu'il est enclin, d'après la jurisprudence, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. En outre, le Tribunal de céans constate qu'il existe des divergences importantes entre ses constatations objectives et celles de l'expert. D'une part, alors même que ces médecins se sont tous deux basés sur les mêmes examens radiologiques ainsi que sur l'examen personnel de l'assurée, le diagnostic de spondylarthrite séronégative est indubitablement posé par le Dr A\_\_\_\_\_, mais considéré difficile tant à affirmer qu'à infirmer par l'expert. D'autre part, la présence d'une inflammation a été niée par l'expert et admise par le Dr A\_\_\_\_\_, de sorte qu'il en découle, pour le premier, que le diagnostic de fibromyalgie doit être posé et, pour le second, qu'il doit être exclu. En outre, on ne connaît pas l'influence exacte du traitement d'anti-TNF alpha sur l'état de santé de l'assurée, attendu que l'expert a estimé que la médication prise avait amendé l'inflammation, alors que le Dr A\_\_\_\_\_ a expliqué que ce traitement avait bloqué l'évolution de la maladie, sans toutefois parler de son effet anti-inflammatoire. Leurs appréciations divergent ainsi concernant la présence tant de la spondylarthrite séronégative que de l'inflammation des articulations l'assurée, éléments objectifs sur lesquels les médecins devraient avoir des visions concordantes.

A/4616/2008 - 14/16 - d) Au vu de ces positions opposées et du fait qu'il y a lieu de tenir compte que le médecin traitant, est enclin, d'après la jurisprudence, à prendre parti pour son patient, le Tribunal de céans ne saurait statuer de manière définitive sur l'état de santé de l'assurée. La cause n'étant pas en l'état d'être jugée, une expertise sera dès lors ordonnée. Il doit être précisé que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu par l'expert et que, conformément à la jurisprudence, outre l'appréciation d'un rhumatologue, une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et les références). En l'espèce, dans l'hypothèse où le médecin rhumatologue mandaté devait retenir un tel diagnostic, nul n'est besoin de requérir qu'un psychiatre se prononce sur l'état de santé psychique de l'assurée. En effet, un examen psychiatrique a déjà été effectué par un médecin du SMR, lequel exclut très clairement toute atteinte psychique et il ne ressort du reste pas du dossier que l'assurée se soit plainte de troubles psychiques. Par conséquent, seule une expertise rhumatologique sera ordonnée, laquelle sera confiée à la Doctoresse Corinne G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel devra prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée par le passé et effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé.

A/4616/2008 - 15/16 -

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