

# **GE\_GERICHTE ATAS/379/2010 vom 15. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_379\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_379_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/379/2010 du 15 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/379/2010 del 15 aprile 2010

## **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 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées).

A/1746/2009 - 12/19 -

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au bureau de poste le 19 mai 2009 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante doit se voir reconnaître un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 5**

Préalablement, il convient cependant d'examiner l'opportunité du complément d'instruction requis.

### **E. 6**

Conformément à l'art. 43 LPGA, l'assureur (ou l'administration) examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1er). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur (ou l'administration) peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de cette disposition, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA du 6 juillet 2007 non publié au Recueil officiel, U 316/2006, consid. 3.1.1). Le juge est également soumis à la maxime inquisitoire en vertu de l'art. 61 let. c LPGA, lequel prévoit que le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige, administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il apparaît ainsi que la portée de la maxime inquisitoire est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Ce devoir comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

A/1746/2009 - 13/19 - Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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). De plus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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 selon 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. En l'espèce, suite à la décision qu'il a rendue le 13 juillet 2007, l'OAI a notamment complété l'instruction menée jusque là en recueillant l'avis des médecins traitants de l'assurée et en mandatant la CRR aux fins de réaliser une expertise multidisciplinaire. À cette occasion, il est apparu, comme le relève à juste titre la recourante, qu'il n'est pas exclu que les douleurs thoraciques dont elle se plaint soient dues à une lésion coronarienne significative, et que seule une coronarographie de contrôle permettrait d'en avoir le cœur net. Force est cependant de constater que les experts se sont accordés à considérer que, s'agissant d'une mesure de nature invasive, un tel examen ne pouvait être exigé. Il apparaît en outre, au vu des nombreux documents médicaux mis à la disposition du Tribunal, que d'autres mesures probatoires ne pourraient modifier son appréciation, de sorte qu'il est superflu de solliciter la réalisation d'une expertise supplémentaire. La requête de la recourante tendant au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction doit par conséquent être rejetée.

**E. 7**

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 en effet 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,

A/1746/2009 - 14/19 - exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves déjà évoqué, 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. À cet égard, il convient 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). En particulier, s'agissant 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 lui (ATF 125 précité, consid. 3b/bb et cc). Relevons encore que pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 5 LAI, l'administration procède, conformément à l'art. 27 RAI, à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles en se référant au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a pleine valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Quand les troubles constatés sont d'origine exclusivement somatique, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait en principe reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier ; c'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Ce n'est dès lors qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a

A/1746/2009 - 15/19 - lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2).

## E. 8

En l'espèce, l'expertise conduite à l'automne 2008 par les docteurs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens cliniques étendus et sur une riche anamnèse ; les plaintes exprimées par la recourante lors des consultations ont été dûment prises en considération. Les conclusions des experts, formulées individuellement puis au terme d'un consensus, sont en outre motivées à satisfaction de droit, de sorte que le rapport d'expertise dressé par la CRR doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il en va de même du rapport d'examen bi-disciplinaire remis en septembre 2005 par les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, qui comprend en particulier une appréciation consensuelle détaillée du cas, et du rapport remis par le docteur G\_\_\_\_\_ en juin 2006 pour ce qui concerne l'évaluation cardiologique de l'état de santé de la recourante. En revanche, l'avis du docteur A\_\_\_\_\_, dans la mesure où il n'apparaît pas aussi approfondi et motivé que les rapports mentionnés plus haut, ne saurait se voir accorder une force probante similaire, d'autant qu'il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celle-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos, comme semble l'attester le fait que ce praticien s'est généralement borné à relayer les plaintes de sa patiente pour motiver ses appréciations. Il en va de même des avis exprimés par le docteur L\_\_\_\_\_, qui ne présentent pas les garanties requises. En particulier, cette praticienne n'a jamais précisé en quoi les constatations essentiellement subjectives qu'elle avait recueillies devaient avoir pour conséquence, pour la recourante, une incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Quant aux rapports établis au cours de l'instruction par les docteurs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, ils n'avaient pas vocation à fournir une appréciation de la capacité de gain de la recourante et ne constituent que le résultat des examens spécialisés conduits par ces praticiens à des fins exclusivement diagnostiques.

## E. 9

Sur le fond, l'art. 28 al. 2 LAI (dont le contenu est le même que celui de l'ancien art. 28 al. 1er LAI [aLAI]) dispose que 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.

A/1746/2009 - 16/19 - 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. 1er LPGA et 4 al. 1er LAI). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (voir l'art. 7 al. 1er et al. 2, 1ère phrase LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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. À cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294),

précisé sa jurisprudence en ce sens que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la loi. 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 encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, 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 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 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Enfin, il y a lieu de rappeler que 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 notamment la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé,

A/1746/2009 - 17/19 - l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse et le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert (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 ATF 131 V 49).

## **E. 10**

En l'espèce, il a été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en la matière, que la recourante présente une thymie globalement abaissée, une attitude morose voire pessimiste, une anhédonie et une fatigabilité qui expriment un trouble anxieux et dépressif, d'intensité légère à moyenne, à replacer dans un contexte patent de difficultés liées à l'acculturation. Une psychopathologie majeure ou un état de stress post-traumatique ont en revanche été exclus. Au vu des principes rappelés plus haut, il convient de faire prévaloir l'avis médical selon lequel, sur le plan psychiatrique, les troubles constatés n'ont pas un caractère invalidant et, partant, n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante. Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que la recourante présente des lombalgies communes et une gonarthrose droite débutante qui lui commandent de changer de position une à deux fois par heure et qui proscrivent les positions en porte-à-faux du tronc, la position maintenue à genoux et le port de charges excédant 10 kg. De même, il n'est pas contesté qu'elle ne présente pas de troubles neurologiques objectifs, susceptibles d'entraîner d'autres limitations fonctionnelles. Sur le plan cardiologique, il a par ailleurs été établi à satisfaction de droit que l'infarctus dont la recourante a été victime en 2004 n'a pas entraîné d'altération significative de la fonction ventriculaire gauche et que, partant, une insuffisance cardiaque peut raisonnablement être écartée. Pour ce qui est des douleurs

thoraciques dont elle se plaint, les investigations raisonnablement exigibles qui ont été effectuées n'ont pas permis de les objectiver et, ainsi qu'il a déjà été dit, l'on ne saurait exiger de la recourante qu'elle se soumette aux mesures invasives qui le permettraient. Cela étant, il a été établi que, dans l'hypothèse où la recourante présenterait effectivement une lésion coronarienne significative, une angioplastie serait réalisée qui n'aurait, en toute hypothèse, pas d'incidence sur sa capacité de travail dans une « activité idéalement adaptée », telle qu'une activité de manutention légère. À cela s'ajoute que nombre de praticiens consultés ont relevé le caractère sous-maximal des efforts réalisés par la recourante au cours des examens, la discordance importante qui apparaissait entre les plaintes qu'elle formulait et les résultats objectifs recueillis, ou entre les mouvements qu'elle accomplissait spontanément et ceux qu'elle réalisait en situation d'examen, ou encore l'expression de sa certitude de ne

A/1746/2009 - 18/19 - pas pouvoir exercer une activité professionnelle en raison de son manque de formation. En conséquence, il s'impose de considérer que la synthèse proposée par le SMR, selon laquelle la capacité de gain de la recourante est de 50% dans l'activité exercée précédemment, ou de 100% dans une activité adaptée qu'elle n'exercerait, selon toute vraisemblance - puisque tel avait été son choix avant l'apparition des douleurs dont elle se plaint - qu'à raison de quinze heures par semaine, est conforme aux éléments recueillis au cours de l'instruction. Pour le surplus, conformément aux principes rappelés plus haut, les déclarations faites par l'assurée au cours de l'enquête ménagère, en décembre 2006, ne concordant pas avec les constatations faites à la même époque sur le plan médical, il y avait bien lieu de se référer, à titre exceptionnel, à l'estimation médico-théorique de sa capacité d'accomplir des travaux domestiques. C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu, sur la base de l'expertise multidisciplinaire, un degré d'invalidité de 20% dans ce cadre. En résumé, il a été établi à satisfaction de droit que la recourante est en mesure d'exercer à temps partiel - soit au taux de 36.59% ( $15 \div 41$ ) - une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles et pour le reste (63.41%), d'effectuer des tâches ménagères pour lesquelles lesdites limitations correspondent à une invalidité de 20%. Le degré d'invalidité global de la recourante s'établit par conséquent à 12.7% (20% de 63.41%), arrondi à 13%, ce qui n'ouvre pas droit au versement d'une rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, force est de constater que c'est à bon droit que l'OAI a nié le droit de la recourante au versement d'une telle rente. Mal fondé, le recours devra être rejeté.

## **E. 11**

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'AI 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/1746/2009 - 19/19 -