

# **GE\_GERICHTE ATAS/402/2015 vom 4. Juni 2015**

GE Cour de justice, 2015-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_402\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_402_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/402/2015 du 4 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/402/2015 del 4 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante doivent être considérées comme invalidantes et susceptibles d'entraîner une perte de gain suffisante pour lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance- invalidité.

### **E. 5**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6

LPGA).

A/507/2014 - 10/16 - 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

#### **E. 6**

Il y a lieu de préciser que 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, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). Dès lors, 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 p. 87).

#### **E. 7**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises

A/507/2014 - 11/16 - médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

#### **E. 8**

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 l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés.

Étant

A/507/2014 - 12/16 - donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

#### **E. 9**

La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur le rapport du Dr F \_\_\_\_\_, dont elle considère qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

#### **E. 10**

En premier lieu, la recourante fait valoir que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, le Dr F \_\_\_\_\_, auquel elle reproche une anamnèse incomplète et des erreurs manifestes. Elle relève que l'expert a reconnu de lui-même que l'anamnèse avait été difficile à établir et en tire la conclusion

qu'un examen d'une heure et trente minutes serait insuffisant, eu égard, notamment, aux contradictions relevées par l'expert entre les informations données par elle et celles ressortant de son dossier. Elle considère que l'expert aurait dû la revoir, afin de faire une anamnèse correcte et complète, ce qui lui aurait évité d'indiquer qu'elle a émigré en Suisse en 1977 alors qu'elle est née en 1980. C'est le lieu de rappeler qu'en vertu d'une jurisprudence récente, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). En l'occurrence, cependant, cette jurisprudence n'est pas applicable dans la mesure où le Dr F\_\_\_\_\_ ne saurait être assimilé à un « médecin interne à l'assureur social » tel qu'un praticien du SMR, par exemple. Reste à examiner la valeur probante à reconnaître à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. A cet égard, on relèvera qu'une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (cf. notamment arrêt 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. Tout d'abord, les griefs formulés par la recourante quant à la précision de l'anamnèse tombent à faux. Si l'expert a effectivement indiqué avoir rencontré des difficultés, il a néanmoins pris toutes les mesures pour les surmonter en faisant préciser certains points ultérieurement par l'assurée ou ses médecins traitants, de

A/507/2014 - 13/16 - manière, en définitive, à pouvoir acquérir la certitude qu'il avait « obtenu suffisamment d'informations pour répondre aux questions qui lui étaient posées avec un bon degré de sécurité ». Quant à l'entrée en Suisse de l'assurée, elle consiste manifestement en une erreur de frappe (1977 au lieu de 1997), insuffisante pour remettre en cause la valeur de l'expertise. De même, la durée de l'entretien n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence comme ayant une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise, pas plus le fait que l'expert n'ait vu l'assurée qu'à une seule occasion. En effet, le rôle de l'expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). La recourante reproche également à l'expert d'avoir émis des jugements de valeur (il aurait émis l'opinion que les mariages arrangés ne constituent pas une maltraitance) et de s'être exprimé sur ses attentes professionnelles. Or, la recourante déforme les propos de l'expert. Celui-ci a simplement indiqué qu'« on ne peut pas d'emblée considérer les mariages arrangés comme une maltraitance ». Il n'a en aucun cas minimisé la situation de l'assurée, au contraire, puisqu'à plusieurs reprises, il s'est dit admiratif de sa résilience face aux situations qu'elle avait dû affronter. De même, à aucun moment l'expert ne s'est déterminé quant au statut à reconnaître à l'assurée. Il a simplement relaté que celle-ci avait admis qu'elle aurait eu du mal à travailler à plein temps après la naissance de ses enfants, propos que l'assurée ne conteste pas avoir tenus. Ces griefs se révèlent dès lors également infondés. La recourante allègue que l'expert se serait contredit en n'admettant qu'un seul critère permettant de conclure à une dépression alors même qu'il en aurait mentionné d'autres dans son rapport. Là encore, la recourante se fourvoie. Ainsi que le relève l'intimé, les autres critères

mentionnés par l'expert ont été énoncés dans la partie consacrée aux plaintes subjectives de la patiente, plaintes qu'il n'a pu objectivement constater par son examen. On ne saurait non plus tirer argument du fait que l'expert n'a pas recouru aux tests psychométriques. Tout d'abord parce que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer, de sorte que le juge doit faire preuve, en règle générale, de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée, ce d'autant qu'il convient de tenir compte également des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (cf. arrêts 9C\_661/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3.2 et 9C\_447/2009 du 15 juillet 2009). Ensuite parce que l'expert a en l'occurrence pris la peine d'expliquer les raisons qui le conduisaient à renoncer à ces tests, dont il a par ailleurs rappelé qu'ils n'avaient pas valeur de critères diagnostiques.

A/507/2014 - 14/16 - Quoi qu'il en soit, on relèvera que le Dr C\_\_\_\_\_, qui avait appliqué de tels tests, n'en a tiré aucun élément susceptible de démontrer l'existence d'une atteinte incapacitante durable, au contraire. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a également expliqué pour quelles raisons il écartait le diagnostic de trouble somatoforme : il a considéré que les céphalées dont se plaignait l'assurée n'avaient rien d'atypique et qu'elles répondaient au traitement spécifique, de même que les lombalgies, banales et ne constituant pas une plainte de premier plan. En cela, il a d'ailleurs été rejoint par le SMR qui, après l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, faisait déjà remarquer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique devait être écarté, la dépression précédant de nombreuses années le développement des douleurs. De même, l'expert a clairement expliqué pourquoi il ne retenait pas non plus le diagnostic de trouble de la personnalité - au demeurant pas non plus évoqué par les Drs E\_\_\_\_\_ ou C\_\_\_\_\_ : l'assurée était tout de même restée stable sur le plan personnel et socio-professionnel jusqu'à sa grossesse et à la naissance de son aîné, en 2004 (ce que confirme l'extrait de ses comptes individuels AVS) et assumait au surplus correctement sa vie de famille, dans des conditions difficiles, démontrant que, loin de faire preuve de carences adaptatives, elle avait au contraire une capacité de résilience sortant de l'ordinaire. Enfin, l'expert a précisé avoir recherché minutieusement d'éventuelles caractéristiques psychotiques, en vain : l'assurée avait certes été victime d'hallucinations auditives, mais avait précisé que celles-ci n'avaient été que transitoires (trois à quatre mois en 2011). Or, le diagnostic de trouble schizotypique devait être posé avec prudence et en l'occurrence, aucun des critères posés par la CIM-10 ne pouvait être retenu, à l'exception d'un épisode transitoire d'hallucinations auditives de quelques mois, hallucinations dont l'expert a souligné qu'elles n'avaient d'ailleurs pas les caractéristiques de celles que l'on retrouve dans les psychoses graves. En définitive, force est de constater que le rapport d'examen du Dr F\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique, qu'il tient compte des plaintes de l'intéressée, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier et que ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que deux autres rapports d'expertise ont été versés précédemment au dossier, dont aucun n'a retenu d'atteinte incapacitante suffisamment durable pour être considérée comme invalidante. Ainsi, tout comme le Dr F\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ avant lui a considéré que l'arrêt de travail de l'assurée relevait essentiellement de facteurs familiaux et culturels n'entrant pas dans le champ médical stricto sensu. Il en a été de même de la Dresse E\_\_\_\_\_, qui a souligné un contexte culturel particulier et un conflit familial important.

A/507/2014 - 15/16 - Quant au témoignage du Dr B\_\_\_\_\_, il s'avère insuffisant pour s'écarter de l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ ou même motiver une quatrième expertise. En effet, le Dr B\_\_\_\_\_ n'apporte aucun argument médical objectif pour étayer son point de vue selon lequel ce diagnostic devrait être retenu. Il se contente d'échafauder des hypothèses quant à d'éventuelles conséquences psycho-traumatiques des violences subies par sa patiente et leur impact au niveau cérébral, sans qu'aucun examen ne vienne étayer ses suppositions. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et nié l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Le recours est par conséquent rejeté.

A/507/2014 - 16/16 -

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.