

# **GE\_GERICHTE ATAS/424/2020 vom 27. Mai 2020**

GE Cour de justice, 2020-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_424\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_424_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/424/2020 du 27 mai 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/424/2020 del 27 maggio 2020

## **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), 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 LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, rente et/ou mesures professionnelles, singulièrement sur le taux d'invalidité donnant droit à ces prestations, et la question de savoir si elle a droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un stage d'orientation professionnelle.

### **E. 4**

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. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

A/2115/2019 - 12/27 - la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

### **E. 6**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 7**

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à

A/2115/2019 - 13/27 - une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation

(ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils

A/2115/2019 - 14/27 - sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de

vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

A/2115/2019 - 15/27 - incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

A/2115/2019 - 16/27 - d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

#### **E. 8**

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

#### **E. 9**

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

#### **E. 10**

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve

A/2115/2019 - 17/27 - structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du

#### **E. 12**

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. a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant

A/2115/2019 - 18/27 - qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du

### **E. 17**

En l'espèce, la décision entreprise est essentiellement fondée sur l'appréciation médicale de l'expert E\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été reprises et validées par le SMR, lequel s'est également prononcé sur l'ensemble de l'état de santé de la recourante. Dans la mesure où la recourante conteste les conclusions de l'expert psychiatre, au motif qu'elles seraient en contradiction avec celles de sa psychiatre traitante, indépendamment du fait qu'elle remet également en cause les rapports successifs des médecins qui l'ont traitée aux HUG, y voyant également des contradictions internes, il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner si l'on peut accorder une valeur probante, principalement au rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, et le cas échéant, dans la mesure de la recevabilité des critiques relatives aux pièces médicales concernant les aspects somatiques de l'atteinte de la recourante à sa santé, aux autres pièces médicales concernées.

### **E. 18**

S'agissant de l'expertise psychiatrique confiée au Dr E\_\_\_\_\_, comme rappelé précédemment, pour qu'une expertise confiée à un médecin indépendant puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante, elle doit avoir été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier ; l'expert, après avoir traité toutes les questions litigieuses importantes, doit aboutir à des résultats convaincants. Si ces conditions sont réunies, le juge ne saurait écarter les conclusions de l'expert, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En l'occurrence, la chambre de céans constate que cette expertise a bien été établie par un spécialiste reconnu; les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'investigations complètes, en se prononçant sur les diagnostics à retenir, - en l'occurrence aucun diagnostic psychiatrique incapacitant -, et un trouble dépressif récurrent actuellement léger, n'ayant pas d'incidence sur la CT de l'expertisée. Sur le plan formel, le rapport de l'expert contient une anamnèse détaillée, des constatations objectives, découlant non seulement du dossier et en particulier des documents médicaux recueillis, mais

A/2115/2019 - 21/27 - également d'un examen personnel de l'expertisée, laquelle était assistée d'un traducteur pendant toute la durée de l'examen, mais également des renseignements complémentaires que l'expert a sollicités de la Dresse B\_\_\_\_\_, dont il a dûment tenu compte. Il a également indiqué les raisons pour lesquelles il s'écarterait le cas échéant de l'appréciation de la psychiatre traitante, remarquant notamment que les états de grande confusion et de désorganisation évoqués par la psychiatre traitante semblent aller à l'encontre de la description que l'expertisée lui a faite, notamment de son fonctionnement hors professionnel, ceci non seulement dans le cadre de l'exécution de ses travaux habituels mais également par rapport aux ressources de l'intéressée, dans le cadre social et familial, (rapport d'expertise page 22 ad ch. 7.1). Il a également pris en considération les diagnostics médicaux ressortant du dossier, notamment ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique [F 33. 10] retenu par la psychiatre traitante dans son rapport du 3 février 2016, ainsi que celui de trouble dépressif récurrent [F33.0] et d'état

de stress post-traumatique (F43.1), posés par la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son rapport du

## **E. 22**

janvier 2016. Se fondant sur ses propres constatations, mais également sur les critères retenus par la nomenclature psychiatrique internationale (CIM 10 et DSM- 5), il a justifié les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le degré de gravité moyen du trouble dépressif retenu par la psychiatre traitante (rapport d'expertise page 16ss ad ch. 6.1); il a de même expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (rapport d'expertise page 18ss ad ch. 6.2). À l'instar des constatations de la Dresse B\_\_\_\_\_, qui les a bien décrites dans ses rapports médicaux, l'expert a observé que ce sont surtout les éléments qui sortent du champ médical qui s'influencent tous négativement qui sont au premier plan, soit les problèmes psychosociaux et socioculturels. Selon les principes rappelés précédemment et comme le retient la jurisprudence, 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). L'expert a également observé que quelles qu'en soient les raisons, la prise en charge psychiatrique était manifestement insuffisante, pour preuve le fait que pendant les périodes où la compliance était bonne, l'expertisée montrait une évolution favorable de son état, et elle pouvait également travailler. Il a également relevé que l'on ne trouvait pas de répercussion sur les activités ménagères, de loisirs, et sociales, mais qu'en revanche l'intéressée n'avait aucune attente concernant une activité lucrative. Par ailleurs, elle n'exprime guère de perspectives de rechercher un emploi. Ses conclusions sont cohérentes, l'expert estimant que moyennant une bonne compliance, hormis certaines périodes de dépression réactionnelle, notamment en 2005 et 2011, si l'assurée prenait régulièrement son traitement, elle devrait pouvoir exercer son activité précédente de femme de ménage, sans diminution de rendement; mais quoi qu'il en soit, il estime, par rapport à l'évolution de la CT, que d'un point de vue objectif le pronostic est bon, mais que d'un point de vue subjectif, l'assurée n'a aucune motivation véritable pour chercher un emploi. Une activité de

A/2115/2019 - 22/27 - femme de ménage pourrait correspondre, mais l'intéressée a beaucoup de peine à s'adapter au rythme de travail en Suisse. Ces conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte qu'aucun élément objectif démontrant que l'expert aurait négligé un aspect ou un autre, ne permet de douter de leur pertinence, voire d'un défaut d'objectivité de l'expert. De son côté, pour l'essentiel, la recourante reproche à l'expert d'arriver à des conclusions qui sont en contradiction avec celles de sa psychiatre traitante, alléguant même avoir indiqué dans sa contestation du projet de décision que cette dernière ne serait pas d'accord avec les conclusions de l'expert. Or, de ce point de vue, force est de constater que la recourante n'a produit aucun document médical émanant de sa psychiatre traitante, aux termes duquel elle exprimerait des critiques à l'égard de son confrère, encore moins en rapportant des éléments objectifs qui permettraient de douter de la fiabilité de l'appréciation de l'expert. En effet, tous les documents dont elle a fait état, provenant de sa psychiatre, sont antérieurs au rapport d'expertise, et comme on l'a vu précédemment, l'expert s'est prononcé en détail, de manière cohérente et convaincante, sur les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de la psychiatre traitante. C'est aussi le lieu de rappeler qu'en présence d'opinions différentes entre les médecins traitants et l'expert, il convient d'apprécier l'opinion des premiers en ayant à l'esprit la nature différente entre le mandat thérapeutique et le mandat d'expert, le juge pouvant et devant 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 [ATF 125 V 351 consid. 3b/cc] (voir ci-dessus consid. 12 c et réf. citées). La recourante fait encore valoir que l'expert (psychiatre) lui reconnaît une pleine capacité de travail dans une activité de femme de ménage, alors que ses médecins somaticiens considèrent qu'elle n'est plus capable d'exercer une telle activité, en raison de ses affections somatiques. C'est oublier que l'expert ne s'est prononcé que sur le plan psychiatrique. Cette critique ne saurait donc jeter un doute quant à la fiabilité de ses conclusions. Dès lors, au vu de ce qui précède, on doit reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. 19. S'agissant des critiques de la recourante à l'égard de ses propres médecins traitants, somaticiens, au Programme santé migrants des HUG, elles ne sauraient convaincre. Elle oppose en effet le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2016 à celui d'autres médecins de ce service, et en particulier de la Dresse D\_\_\_\_\_, du 31 janvier 2017, soit datant d'un an plus tard. Or, il n'est pas incompatible qu'à distance d'une année, quand bien même les atteintes somatiques seraient les mêmes et les limitations fonctionnelles identiques, un même médecin, et a fortiori des praticiens différents, de même spécialité et dans un même service hospitalier puissent aboutir à des résultats différents, non seulement en fonction du dossier décrivant une situation passée, mais également en fonction d'une appréciation actualisée, et

A/2115/2019 - 23/27 - estimer la CT d'un patient à un taux différent, en particulier dans une activité adaptée. En l'occurrence, la recourante voit une contradiction entre ces deux rapports, le plus ancien ayant évalué la CT dans une activité adaptée à 50 % moyennant une adaptation correcte du poste de travail, tenant compte du fait que la patiente présente une limitation de certains mouvements notamment, et le plus récent fixant cette CT à 100 % avec les restrictions suivantes : travailler longtemps en position assise, travailler debout de manière prolongée, se pencher, soulever et porter des poids, monter sur une échelle ou sur des escaliers, précisant que ces limitations étaient dues aux dorsolombalgies. À l'époque, en 2016, en effet, la Dresse C\_\_\_\_\_ évaluait la CT dans une activité ne comportant pas de port de charges supérieures à 2 kg, ni de station debout prolongée, et pas de stress, à 4 heures par jour, soit à hauteur de 50 %. On ne saurait toutefois conclure à une contradiction entre ces deux avis : d'une part en fonction de ce qui a été dit ci-dessus, mais encore parce que l'évaluation de la Dresse D\_\_\_\_\_ et ses collègues en 2017 concernait la CT en fonction des troubles somatiques uniquement, ce qui les a conduits à retenir que moyennant l'adaptation du poste de travail, la CT dans une activité adaptée pouvait être maintenue à hauteur de 100 %, ajoutant toutefois hormis les troubles somatiques, que la patiente souffrait de troubles psychiques générant une limitation de la CT. Or, l'aspect « trouble psychiques » a entre-temps fait l'objet d'une expertise psychiatrique, dont on connaît les conclusions, commentées ci-dessus. La recourante omet également de prendre en compte que la Dresse C\_\_\_\_\_ avait mis en place des séances de physiothérapie, dont l'effet escompté pouvait très vraisemblablement avoir eu certains effets atténuants, ce qui ressort implicitement du rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_. La recourante reproche en outre aux médecins qui ont réévalué sa CT dans une activité adaptée, en 2017, de s'être bien gardés de mentionner les types d'activité envisageables, compte tenu du manque de qualification professionnelle et de sa faible scolarisation. Il lui sera rappelé d'une part qu'il appartient au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps

de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail, mais pas d'énumérer les professions possibles; d'autre part le médecin doit se prononcer par rapport aux aspects médicaux et non pas évaluer les professions envisageables en fonction de limitations relevant de facteurs psychosociaux ou socioculturels, étrangers au droit de l'assurance-invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 20. La recourante fait ensuite grief à l'intimé, au vu de ses précédentes critiques aboutissant selon elle, à ce que ni l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, ni les rapports médicaux du Programme santé migrants des HUG, ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, de lui avoir refusé la mise sur pied des mesures d'observation

A/2115/2019 - 24/27 - professionnelle propres, selon elle, à déterminer de manière précise si elle était encore en mesure d'exercer une activité adaptée en raison de son atteinte à la santé psychique (recours p. 3, ch. 8 et p. 6 ch. 13). Selon elle, un stage d'observation professionnelle devrait permettre de déterminer de manière plus précise des activités professionnelles qu'elle pourrait éventuellement réaliser, ainsi que le taux d'activité y relatif.

a. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

b. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du

A/2115/2019 - 25/27 - Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références). En l'espèce ce dernier principe ne se pose pas. Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). c. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). En l'espèce, on rappellera qu'au vu des conclusions de l'expert quant à la pleine CT de la recourante dans une activité adaptée, étant admis par l'intimé que l'exercice de la profession antérieurement exercée n'est plus possible, à tout le moins sans la

A/2115/2019 - 26/27 - prise en compte des limitations fonctionnelles dues en particulier à ces dorsolombalgies, comme l'a constaté l'expert, la recourante est ainsi apte à exercer des activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation particulière. Comme cela ressort du dossier et notamment de l'expertise, la recourante n'a aucune attente d'une reprise d'une activité professionnelle, et elle n'a, à aucun moment, manifesté la volonté sérieuse de rechercher concrètement un emploi, ce qui, conformément à la jurisprudence et les dispositions légales topiques citées, lui incombe avant de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la procédure de recours, elle n'a pas davantage manifesté cette volonté, se limitant à solliciter un stage d'observation professionnelle, dont l'objectif serait notamment de définir le taux d'activité qu'elle pourrait réaliser dans telle ou telle profession.

Dès lors que le taux d'activité dans une activité adaptée a d'ores et déjà été fixé à 100 %, et que d'autre part les difficultés qu'elle aurait éventuellement à trouver une telle activité tiennent à des éléments psychosociaux ou psychoculturels étrangers au droit de l'assurance-invalidité, on voit mal que le stage sollicité puisse avoir un effet sur la CT résiduelle de l'intéressée. En somme, la mesure sollicitée tend à remettre en question le taux de la CT exigible dans une activité adaptée, lequel a d'ores et déjà été fixé et confirmé par la chambre de céans comme on l'a vu ci-dessus. Ainsi, le grief de la recourante consistant à contester le refus de l'intimé de lui avoir consenti une telle mesure professionnelle n'est pas fondé; il doit donc être écarté. 21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2115/2019 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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