

# **GE\_GERICHTE ATAS/441/2009 vom 16. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_441\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_441_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/441/2009 du 16 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/441/2009 del 16 aprile 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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 du Tribunal de céans 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **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 la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'elle présente.

### **E. 5**

a) 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). Est réputée incapacité de gain

A/3162/2008 - 7/12 - 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son

A/3162/2008 - 8/12 - patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e)

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 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. 6**

La recourante fait grief à l'intimé d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 30 avril 2008. Elle allègue devoir prendre de nombreux médicaments, être très fatiguée et ne pouvoir marcher plus d'une dizaine de minutes. En substance, la recourante estime ne pas être en mesure de travailler au-delà de 50% et soutient que la perte de gain qui s'ensuit doit lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, elle reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'elle ne présente pas d'affection invalidante, mais ne remet pas en cause, dans leur principe, les diagnostics posés par les experts, à savoir un syndrome somatoforme indifférencié. Il convient de relever que le rapport d'expertise des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, d'autant que le diagnostic retenu est corroboré par le médecin traitant. La

A/3162/2008 - 9/12 - Dresse L\_\_\_\_\_, dans son rapport daté du 21 septembre 2007, a en effet également retenu le diagnostic de trouble somatoforme. Quant à celui de troubles anxieux avec dysthymie dépressive, également mentionné par le médecin traitant, le Dr O\_\_\_\_\_ a expliqué pour quelles raisons il ne l'avait pas retenu. Il a souligné à cet égard que les plaintes subjectives de l'assurée lui étaient apparues beaucoup plus importantes que ce qu'il avait pu objectivement constater par lui-même et qu'il n'avait pu relever suffisamment d'éléments pour diagnostiquer un trouble dépressif car il n'avait observé ni trouble de l'humeur sévère, ni trouble anxieux particulier. Dans la mesure où la Dresse L\_\_\_\_\_ n'a pas étayé outre mesure son diagnostic de trouble anxieux, il n'existe pas d'éléments de nature à remettre en cause les rapports clairs et probants des experts. Le médecin traitant a justifié la conclusion selon laquelle sa patiente serait dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative par la durée des symptômes et leur résistance aux différents traitements. Aucune indication n'a en revanche été donnée sur les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant, si ce n'est la fatigue dont se plaint la recourante. Le diagnostic de trouble somatoforme ayant été retenu, il y a toutefois lieu de rappeler que si 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.

#### **E. 8**

LPGA, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des

A/3162/2008 - 10/12 - affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). En l'espèce, force est de constater que selon les constatations des experts, les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme diagnostiqué chez la recourante ne sont pas réunies. En effet, ainsi que cela a été déjà dit, l'expert psychiatre n'a pas observé de pathologie psychiatrique sévère. Par ailleurs, il a expliqué que l'on ne pouvait conclure à la cristallisation de l'état psychique de l'assurée car la prise régulière de Cymbalta - traitement pour lequel elle était peu compliant - pourrait avoir un effet sur le seuil de la perception des douleurs. Ainsi que l'a relevé le SMR, il n'y a pas non plus perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie ni affection corporelle chronique puisque la radiographie de la colonne cervicale pratiquée en janvier 2008 montre des troubles de la statique avec une discarthrose C5-C6 associée à un très léger retentissement sur le trou de conjugaison gauche adjacent, mais sans répercussion neurologique associée et qu'il suffisait d'éviter les activités professionnelles mettant à contribution la colonne cervicale, c'est-à-dire les mouvements répétitifs, les positions en hyper-flexion ou hyper-extension. Eu égard à ces considérations, les conclusions des experts, qui n'ont retenu aucune limitation sur le plan physique autre que celles alléguées en raison des douleurs et aucune limitation sur le plan

psychique, mental ou social et considéré que l'assurée peut d'une part, continuer à faire toutes les tâches ménagères qui lui incombent à plein temps et sans diminution de rendement, d'autre part, exercer une activité lucrative légère, apparaissent convaincantes. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été

A/3162/2008 - 11/12 - ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu supra. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante a recouvré une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée et que sa capacité à assumer les tâches ménagères avec l'aide de sa famille est également préservée. Il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. 7. Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3162/2008 - 12/12 -

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