

# **GE\_GERICHTE ATAS/442/2013 vom 8. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_442\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_442_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/442/2013 du 8 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/442/2013 del 8 maggio 2013

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

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/3170/2012 - 10/18 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du CEMED.

## **E. 6**

A titre liminaire, il y a lieu de constater que dans sa réponse du 19 novembre 2012, l'intimé conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Cela étant, dans la mesure où le recourant persiste dans ses conclusions et qu'il conteste notamment la valeur probante du rapport du CEMED du 10 février 2012, il y a lieu d'examiner cette question avant un éventuel renvoi à l'intimé.

## **E. 7**

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). 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 ou mentale 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 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).

A/3170/2012 - 11/18 - b) 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. 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). 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 273 consid. 4a). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c) 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 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon

la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

A/3170/2012 - 12/18 -

### **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) 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 351 consid. 3).

### **E. 9**

a) 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. 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) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

A/3170/2012 - 13/18 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170

consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

#### **E. 10**

a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a). b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

A/3170/2012 - 14/18 -

#### **E. 11**

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport du CEMED et l'avis du SMR quant à la durée de l'incapacité de travail pour nier, dans la décision querellée, le droit du recourant à toute rente d'invalidité. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces pièces médicales du dossier. a) Si le rapport du CEMED du 10 février 2012 répond certes à certains réquisits jurisprudentiels, il n'en demeure pas moins qu'il comprend de nombreuses incohérences et contradictions, dont notamment les suivantes : – Le rapport du CEMED ne contient pas d'anamnèse psychique détaillée, indiquant laconiquement « antécédents psychiques personnels : cf. dossier » (expertise p. 7). Les experts précisent d'ailleurs qu'« il n'a pas été

possible, lors de la présente expertise, d'obtenir une anamnèse sur [l'état dépressif mentionné dès fin septembre 2008], notamment la chronologie des troubles ». Cela étant, au vu des rapports très détaillés du Dr L\_\_\_\_\_ qui ont été transmis aux experts, il est étonnant que ces derniers n'aient pas été en mesure d'effectuer une anamnèse psychique détaillée, ce d'autant plus qu'il leur suffisait de téléphoner au Dr L\_\_\_\_\_ pour obtenir, le cas échéant, des compléments d'information. – Le rapport d'expertise donne l'impression que le recourant est totalement incapable de travail depuis le mois d'octobre 2008. Or, tel n'est pas le cas dans la mesure où son incapacité de travail a été attestée de la manière suivante par le Dr L\_\_\_\_\_ : 100% du 21 octobre 2008 au 31 mars 2009, 50% du 1er avril au 19 juin 2009, 100% du 20 juin au 13 juillet 2009 et à nouveau 50% du

#### **E. 14**

septembre 2009 au 31 août 2010 au moins. Dans le même ordre d'esprit, le rapport du CEMED donne l'impression que le recourant a participé au stage d'observation personnelle alors qu'il était totalement incapable de travailler. Or, tel n'était à l'évidence pas le cas dès lors que selon les notes de l'OAI, l'OCE lui reconnaissait une capacité de travail de 50% jusqu'au mois de mars 2011. – Les experts indiquent également que l'entretien était difficile, le recourant ne se souvenant pratiquement pas des dates et étant très flou dans ses explications. Il était ainsi incapable de dire depuis quand il était en Suisse ni quels médicaments il prend (expertise p. 4, voir également p. 7). Il ne pouvait préciser ses affections médicales en dehors de ses douleurs et de sa fatigue (expertise p. 7). Lorsque des questions précises lui étaient posées, il ne parvenait pas à donner de réponses ou détournait la question (expertise p. 9). Au vu des éléments répertoriés par les experts, on comprend dès lors mal comme ceux-ci peuvent considérer que le recourant ne présente pas de problème majeur de mémoire (expertise p. 9), ce d'autant plus qu'ils n'ont pas

A/3170/2012 - 15/18 - procédé à des tests de mémoire comme le relève à juste titre le Dr L\_\_\_\_\_ dans son courrier du 14 octobre 2012. – Dans leur rapport du 10 février 2012, les experts font état du peu de traitement dont le recourant a bénéficié sur le plan psychique (expertise p. 11). Cependant, force est de constater, à la lecture des rapports circonstanciés du Dr L\_\_\_\_\_ fort détaillés, que le recourant a fait l'objet d'un suivi psychiatrique régulier ainsi que d'un traitement médicamenteux, adapté à plusieurs reprises en fonction de son état de santé. – Les experts considèrent, sans donner la moindre explication, que les certificats d'incapacité établis par le Dr L\_\_\_\_\_ pouvaient être pris en considération pendant 18 mois au plus. Cependant, compte tenu du caractère très détaillé des rapports intermédiaires établis par le psychiatre-traitant et notamment de la description des symptômes présentés par le recourant, on comprend mal les motifs pour lesquels son appréciation ne serait valable que pendant 18 mois au maximum. Au vu de ces éléments, force est de constater que le rapport du CEMED ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. A cela s'ajoute le fait que certaines remarques formulées par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son courrier du 14 octobre 2014, et notamment celles concernant les éléments constitutifs d'un état dépressif ou d'un état anxieux, mentionnés par les experts mais non pris en considération dans leur appréciation finale, permettent de douter sérieusement des conclusions émises par les experts du CEMED. b) Quant au rapport du SMR du 2 août 2012, selon lequel la capacité de travail médico-théorique du recourant serait de 100% dès le 10 février 2009, il ne peut être pris en considération. En effet, le SMR fonde son appréciation sur une phrase tirée du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 4 août 2009 (« les symptômes persistent, mais à un degré bien moindre

et désormais très fluctuant, certains jours l'assuré est guéri à 80%, d'autres à 30%, cela se reflète au status qui est redevenu quasiment normal ») ainsi que sur les constatations selon lesquelles l'amélioration de l'état de santé se confirmait au cours des mois (rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 1er avril 2010) et la situation restait globalement stationnaire (rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 10 mars 2011). Force est toutefois de constater que si une amélioration a été constatée lors du rendez-vous du 10 février 2009, les symptômes persistaient malgré tout, même si cela était à un degré bien moindre. Ils étaient en outre très fluctuants, le recourant paraissant guéri à 80% certains jours et d'autres à 30%. On ne saurait ainsi considérer que les symptômes dépressifs avaient totalement disparu. En outre, ce n'est pas parce que l'état de santé s'améliore qu'on peut considérer, sans autre examen, qu'une personne est à nouveau totalement apte à travailler. Le législateur

A/3170/2012 - 16/18 - en était d'ailleurs conscient dans la mesure où il a prévu que l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé d'un assuré devait avoir duré pendant trois mois au moins pour qu'une rente versée soit augmentée ou, au contraire, diminuée. Par ailleurs, dans la mesure où l'amélioration, à laquelle le Dr L \_\_\_\_\_ faisait référence dans son rapport du 4 août 2009, a perduré, le recourant a été considéré comme étant apte à travailler à 50% dès le 1er avril 2009, et l'état dépressif est passé de sévère (rapport du 27 janvier 2008 [recte 2009] du Dr L \_\_\_\_\_) à moyen (rapport du 4 août 2009 du Dr L \_\_\_\_\_). Cela étant, l'amélioration de l'état de santé du recourant, qui était tout de même encore très fluctuant, ne signifie pas encore rémission – même partielle – avec pleine capacité de travail. Par conséquent, en l'absence d'autres éléments, l'avis du SMR n'est pas convaincant et ne saurait être pris en considération. c) Enfin, s'agissant des rapports du Dr L \_\_\_\_\_, s'ils sont certes très détaillés et précis, répondant ainsi à la majeure partie des réquisits jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, ils comportent cependant certaines contradictions et ne permettent pas de définir, à tout le moins depuis le mois de septembre 2011, l'importance de l'incapacité de travail du recourant. En effet, parfois les appréciations de la capacité de travail diffèrent selon le destinataire du certificat. Si le Dr L \_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail partielle (50%) pour la période du 14 septembre 2009 au 31 août 2010 dans les certificats adressés à l'OCE (vraisemblablement pour permettre au recourant de bénéficier des cours de français), son appréciation n'était pas identique dans les rapports destinés à l'OAI. Ainsi, par exemple, dans son rapport du 1er avril 2010, le Dr L \_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travailler. Il en va de même de la période courant jusqu'au mois de mars 2011. En outre, si le diagnostic principal a changé entre janvier 2009 (état dépressif d'intensité sévère) et août 2009 (état dépressif d'intensité moyenne), l'évaluation de la capacité de travail est restée identique (incapacité totale de travailler, étant précisé qu'une brève période de capacité de travail partielle (du 1er avril au 19 juin 2009) a toutefois été reconnue). On peine ainsi à comprendre, sans autre explication, les motifs qui ont permis au psychiatre- traitant d'admettre une amélioration dans l'état de santé du recourant (diminution de l'intensité de l'état dépressif), alors même que la capacité de travail est restée identique. d) Compte tenu des considérations qui précèdent, il ne fait aucun doute que l'état de faits n'est pas suffisamment élucidé, ce d'autant plus que les médecins du SMR ont reconnu qu'une aggravation de l'état de santé du recourant (séjour au CAPPI de la Servette puis à Belle-Idée) avait été rendue plausible. Dans un tel cas et compte tenu des conclusions de l'intimé, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique, confiée à des experts indépendants. Ladite

A/3170/2012 - 17/18 - expertise devra respecter les principes posés à l'ATF 137 V 210 ainsi que les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-Invalidité (éditées en février 2012), applicables conformément à la Lettre circulaire AI n° 313 du 6 juin 2012, et porter sur l'état de santé du recourant dès le début du délai de carence. Au vu du délai écoulé depuis le dépôt de la demande (près de quatre ans), l'intimé est invité à procéder à une instruction complémentaire dans les plus brefs délais.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 27 septembre 2012 sera annulée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3170/2012 - 18/18 - 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.