

GE_GERICHTE ATAS/515/2023 vom 29. Juni 2023

GE Cour de justice, 2023-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_515_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/515/2023 du 29 juin 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/515/2023 del 29 giugno 2023

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

E. 6

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 7.1

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

A/764/2022 - 9/15 - 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).

E. 7.2

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7.3.1

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 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. À

A/764/2022 - 10/15 - 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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.

E. 7.3.2

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 7.3.3

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 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 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 7.3.4

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/764/2022 - 11/15 -

E. 7.3.5

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. À cet égard, il 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 8

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282

consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de

A/764/2022 - 12/15 - l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle il reconnaît pleine valeur probante, considère que la recourante a recouvré une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu n'entraînant aucune perte de gain, ce que que la recourante conteste en arguant que ses médecins traitants, eux, lui reconnaissent une incapacité de travail, d'une part, que l'expertise est contradictoire en tant qu'elle retient un certain nombre de limitations fonctionnelles tout en lui reconnaissant une capacité de travail de 85%, d'autre part. On rappellera que la Cour de céans a déjà eu l'occasion de se pencher sur la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire (cf. consid. 5 de l'arrêt du 28 septembre 2022 op. cit.), dans une procédure ne relevant certes pas de l'assurance-invalidité, mais dans laquelle la recourante faisait valoir les mêmes arguments que présentement. La recourante a été examinée le 11 août 2021 par l'experte psychiatre O_____ qui, si elle a admis l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, d'un trouble dépressif récurrent en rémission et d'un trouble somatoforme douloureux, ne leur a pas reconnu de caractère invalidant au sens de la jurisprudence topique. L'experte a relevé que l'assurée était bien structurée et soignée, sans traits de caractères dysfonctionnels. En 2013-2014, elle avait souffert d'un état dépressif qualifié de sévère et réactionnel à une situation familiale complexe, qui avait mené à un divorce et à la perte de la garde de son fils cadet. Depuis 2016, elle bénéficiait d'une prise en charge et son état s'était suffisamment amélioré pour reprendre le travail en mars 2020, après une période de chômage. En janvier 2020, le Dr C_____ avait fait état d'une rechute de l'état dépressif en lien avec une intensification des douleurs. Cependant, en mars 2020, l'assurée avait pu reprendre le travail chez son dernier employeur. Ses plaintes étaient essentiellement d'ordre somatique. Les douleurs la handicapaient dans les tâches

A/764/2022 - 13/15 - ménagères lourdes ; son arrêt de travail était motivé par les douleurs et une fatigue avec troubles du sommeil, lesquels s'étaient amendés avec le port d'un appareil CPAP [Continuous Positive Airway Pressure]. S'il y avait certes une lassitude et un manque d'élan vital, la capacité de travail sur le plan psychique était entière. Sur le plan somatique, les experts du CEMEDEX ont retenu les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de syndrome de l'angulaire de l'omoplate à droite, de périarthrite scapulo-humérale droite sur impingement avec tendinopathie du sus-épineux, de gonalgies sur gonarthrose bilatérale, de céphalées probablement mixtes migraineuses et tension, de syndrome d'apnée du sommeil traité (diagnostiqué en mai 2021), de stéatose hépatique, d'hypercholestérolémie et d'obésité de type I. Les limitations fonctionnelles, nombreuses, interdisaient en particulier le travail dans un pressing et dans le nettoyage. De façon consensuelle, les experts ont retenu une capacité de travail de 100% avec une perte de rendement de 15% dans la dernière activité exercée (celle d'employée chargée de la désinfection des bureaux) ou toute autre activité adaptée. La diminution de rendement était justifiée par la fatigue consécutive au syndrome d'apnées du sommeil et des céphalées. Ainsi que la Cour de céans a déjà eu l'occasion de le constater, cette expertise remplit les principes jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral pour la reconnaissance d'une valeur probante dans le domaine de l'assurance sociale (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En effet, elle a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes de la demanderesse, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions motivées et convaincantes. Certes, sur le plan psychiatrique, l'expertise est en contradiction avec l'appréciation de la capacité de travail par le Dr C_____. Toutefois, au vu de l'examen clinique du 11 août 2021, les évaluations du médecin traitant ne paraissent pas plausibles. En particulier, le diagnostic de dépression sévère (F32.2) ne correspond pas aux symptômes de la Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement (ci-après : CIM-10 ; p. 78). L'experte psychiatre constate en effet que la recourante est bien orientée dans le temps et l'espace, avec une mémoire cliniquement adéquate et une attention bonne et soutenue. L'humeur est majoritairement sur un versant euthymique, même si elle a pleuré à deux reprises durant l'entretien en parlant de son fils cadet. Il n'y a pas de manifestation neurovégétative suggérant une anxiété, ni d'idéation thanatique ou auto-agressive, scénario suicidaire, vision pessimiste de l'avenir, sentiment de culpabilité, émoussement des affects ni ralentissement idéo-moteur. Cela étant, il peut tout au plus être admis que la recourante a souffert d'un épisode dépressif sévère dans le passé. Toutefois, sous traitement, l'épisode dépressif sévère s'est manifestement amélioré. Au demeurant, dans son rapport du 7 septembre 2021, le Dr C_____ ne mentionne que les atteintes somatiques

A/764/2022 - 14/15 - comme cause de l'incapacité de travail. Enfin, il ne fait pas état d'un élément médical qui aurait été ignoré par l'experte psychiatre. Partant, l'avis contraire du psychiatre traitant n'est pas propre à jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. Le rapport du 22 septembre 2021 du Dr E_____, selon laquelle la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée, ne permet pas non plus de douter des conclusions de l'expertise multidisciplinaire, en l'absence d'élément médical nouveau par rapport à celle-ci. Il appert en outre que ce médecin a repris l'évaluation de la capacité de travail par le Dr C_____ dans son rapport du 7 septembre 2021, étant précisé que les deux médecins travaillent dans la même clinique. Quant au Dr F_____, il n'a pas chiffré la diminution de la capacité de travail. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à

l'intimé d'avoir suivi les conclusions de l'expertise quant à la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée. Il convient d'ajouter que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations de l'assurée, sans qu'il soit nécessaire de déterminer précisément lesquelles elle serait capable d'exercer, étant rappelé qu'une formation insuffisante ou des difficultés linguistiques ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Cela étant, l'intimé, au cours de la procédure, a listé un certain nombre d'activités envisageables. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/764/2022 - 15/15 - 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.