

## **GE\_GERICHTE ATAS/562/2017 vom 22. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_562\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_562_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/562/2017 du 22 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/562/2017 del 22 giugno 2017

### **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 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

#### **E. 3**

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

#### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

A/1331/2016 - 8/12 - après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement

exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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. À cet égard, il convient 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

A/1331/2016 - 9/12 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## E. 8

En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par la clinique CORELA pour nier le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Il convient dès lors d'examiner au regard des critères établis par le Tribunal fédéral si cette expertise a valeur probante. Au plan psychique, le Dr E\_\_\_\_\_ a tenu compte des plaintes de la recourante. Il a posé son diagnostic à l'issue d'un examen clinique complété par des épreuves psychométriques et ses conclusions sont motivées. Il n'y a ainsi pas lieu de s'en écarter. La Chambre de céans relève au demeurant qu'aucun élément du dossier ne permet de les remettre en cause. En effet, le psychiatre traitant de la recourante a admis que cette dernière ne présente plus aucune incapacité de travail pour motif psychique dans son rapport du 31 mai 2016. Ce médecin a certes contesté le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, en affirmant que la recourante souffrait encore d'un état dépressif en août et septembre 2015. Cette allégation n'est cependant guère motivée. De plus, elle n'est pas incompatible avec les constatations du Dr E\_\_\_\_\_, qui a admis une incapacité de travail partielle en raison de troubles psychiques pendant cette période. Il convient du reste de souligner que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois après la demande, conformément à

A/1331/2016 - 10/12 - l'art. 29 al. 1 LAI. Or, en l'espèce, la demande date de juillet 2015, de sorte que le droit à la rente ne pourrait en toute hypothèse naître qu'en janvier 2016. Partant, la capacité de gain de la recourante en août et septembre 2015 n'a pas d'incidence sur son droit aux prestations. Quant aux indications du Dr B\_\_\_\_\_ relatives aux troubles psychiques de la recourante, elles ne sont guère convaincantes. On notera tout d'abord qu'elles sont pour le moins contradictoires - puisque ce praticien qualifie la recourante d'euthymique et mentionne une rémission de l'état anxio-dépressif, tout en faisant état de limitations d'ordre psychologique. Il semble de plus mal connaître le dossier psychique de la recourante, puisque, contrairement à ce qu'il affirme, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas posé de diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Partant, on ne saurait s'y fier pour retenir que l'incapacité de travail liée à des troubles psychiques perdure. S'agissant du volet neurochirurgical de l'expertise, on notera tout d'abord, au plan formel, qu'il mélange éléments anamnestiques, informations tirées du dossier médical de la recourante, généralités d'ordre scientifique et observations cliniques. En outre, certains éléments ayant trait aux céphalées ne sont abordés que dans la synthèse. Cela rend la lecture de cette partie de l'expertise malaisée et on peine à comprendre les éléments objectifs sur lesquels le Dr D\_\_\_\_\_ fonde ses conclusions. De plus, ce médecin ne mentionne ni l'IRM cérébrale du 14 septembre 2015, ni l'IRM de la colonne cervico-dorsale évoquées par la Dresse C\_\_\_\_\_, ce dont il faut conclure qu'il n'en a pas eu connaissance et que ses conclusions se fondent donc sur un dossier incomplet. L'expert a d'ailleurs purement et simplement écarté les lombo-sciatalgies, alors qu'il existerait une sténose foraminale et une arthrose en L5-S1. Il a également écarté les cervicalgies alléguées, au motif qu'il s'agissait d'une plainte et non d'une lésion anatomique. Cette conclusion, outre le fait qu'elle n'est guère motivée, est incompréhensible eu égard aux dégénérescences discales révélées par la radiographie, qui constituent bel et bien une lésion anatomique. Enfin, s'agissant des céphalées, il a

également affirmé – de manière pour le moins péremptoire dès lors qu’il n’a réalisé aucun examen radiologique permettant de le confirmer – qu’il s’agissait d’un symptôme subjectif ne pouvant être relié à une lésion anatomique. Or, le radiologue ayant procédé à l’IRM cérébrale de septembre 2015 a précisément fait état d’anomalies dans cet examen, évocatrices d’une leucoaraïose. Compte tenu de ces éléments, le volet somatique de l’expertise ne saurait se voir reconnaître de valeur probante : en sus de ses carences formelles, il ne repose pas sur une parfaite connaissance du dossier, il est contradictoire, insuffisamment motivé et le Dr D\_\_\_\_\_ n’a pas tenu compte de certains éléments objectifs. En ce qui concerne les troubles somatiques de la recourante, aucun rapport médical versé au dossier ne satisfait entièrement aux exigences de la jurisprudence. S’agissant en particulier des plaintes neurologiques, on ignore l’incidence de la leucoaraïose suspectée. Contrairement à ce qu’affirme le Dr F\_\_\_\_\_, la Dresse C\_\_\_\_\_ ne qualifie pas les éléments révélés par l’IRM de banals et de sans

A/1331/2016 - 11/12 - gravité. Elle ne conclut pas non plus – fût-ce même de manière sous-entendue – à l’absence de sévérité des troubles cognitifs rapportés. Partant, la Chambre de céans ne dispose ainsi pas des éléments suffisants pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, compte tenu de ses atteintes somatiques. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l’assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l’administration pour mise en œuvre d’une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu’une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l’administration n’a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l’espèce. L’intimé s’est en effet référé à une expertise non probante, réalisée par un autre assureur, et n’a pas investigué les troubles neurologiques de la recourante. Les conditions d’un renvoi sont dès lors réalisées. Il appartiendra ainsi à l’intimé de mettre en œuvre une expertise neurologique et rhumatologique afin d’évaluer la capacité de travail et de gain de la recourante de ce point de vue.

## **E. 9**

En ce sens, le recours est partiellement admis. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront en l’espèce fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d’assurance-invalidité n’étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l’intimé sera condamné au paiement d’un émolument de CHF 500.-.

A/1331/2016 - 12/12 - 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.