

# **GE\_GERICHTE ATAS/605/2009 vom 14. Mai 2009**

GE Cour de justice, 2009-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_605\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_605_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/605/2009 du 14 mai 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/605/2009 del 14 maggio 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'article 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables au droit à la rente dès le 1er janvier 2004. 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 et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours 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**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 17 juillet 2006 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) de sorte que le recours du 14 septembre 2006 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

### **E. 3.3**

et les références, 104 V 136 consid. 2a). De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps

partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 140 consid. 5.3). Selon la jurisprudence, les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2, 123 V 230 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (ATF non publié I 735/04 du 17 janvier 2006, consid. 6.5).

### **E. 3.3.1**

in fine). Il reste à examiner la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. Le critère des affections corporelles chroniques peut être tenu pour établi puisque la recourante souffre depuis plusieurs années de douleurs diffuses à la nuque avec irradiations dans les membres supérieurs, céphalées, nausées et épisodes de vomissements. En revanche, elle ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, selon la description que la recourante a donnée de ses journées aux experts, après s'être levée, elle réchauffe le repas préparé la veille pour ses deux filles et s'occupe de son ménage, puis part en promenade avec une amie et, de retour au domicile, fait de la lecture ou se rend au cinéma. Le soir, elle supervise les devoirs de ses filles avec lesquelles elle prépare le repas et passe la soirée devant la télévision. Cette description n'établit aucune perte d'intégration sociale de sorte que ce critère n'est pas réalisé. Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En effet, les derniers renseignements médicaux contenus dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ daté du 4 novembre 2008 et le courriel du 30 octobre 2008 adressé par le Dr J \_\_\_\_\_ font état d'une meilleure mobilité, respectivement de la correction d'un désordre ostéo-articulaire et musculaire ayant entraîné une nette diminution des douleurs en peu de temps ainsi que l'estompement de certains troubles psychologiques. De plus, le Dr C \_\_\_\_\_ ne mentionne plus d'épisode dépressif moyen et les experts n'ont pas constaté une diminution de la thymie ce qui confirme une amélioration de l'état de santé de la recourante et l'absence d'un état psychique cristallisé. Outre l'absence des critères déterminants, la recourante a été décrite comme très démonstrative dans le rapport de l'hôpital de la Tour du 29 janvier 2003 et assez démonstrative par le Dr D \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 3 mai 2004. De plus, dans le rapport d'expertise du 4 octobre 2005, le Dr G \_\_\_\_\_ a mentionné que l'existence d'un état de stress post-traumatique était possible, mais certainement amplifiée dans le contexte d'un état anxieux et dépressif d'origine multifactoriel. Ces constatations permettent de conclure, en règle ordinaire, à l'absence

- 22/23 - d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 ; ATF non publié 9C\_45/2007 du 25 septembre 2007, consid. 5.2.2). En définitive, il convient de suivre les conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ également sur le plan de la capacité de travail, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de téléphoniste-réceptionniste qui est pleinement adaptée aux pathologies arthrosiques bénignes présentes actuellement. Etant donné que la recourante aurait continué à travailler à 50%, il faut admettre que son statut est mixte. Au regard des limitations fonctionnelles consistant principalement en empêchement de port de charges supérieures à 15 kilos et d'élévation des membres supérieurs au-delà de 90 ° de façon répétitive, il y a lieu de retenir que la recourante présente des limitations dans les tâches ménagères même si l'intimé n'a procédé à aucune enquête ménagère, à juste titre, au vu de la fibromyalgie s'apparentant à des troubles psychiques. Eu égard à l'aide apportée par ses filles dans les tâches ménagères, il n'est pas plausible que la recourante présente une invalidité donnant droit à une rente, car même en retenant un empêchement dans les tâches ménagères de 25 %, au vu de la part de 50 % consacrée à chacun des deux champs d'activité, il en résulterait un degré d'invalidité total de 12,5 % ( $0 \% \times 50 \% + 25 \% \times 50 \%$ ).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité.

- 12/23 -

#### **E. 5**

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 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). 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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. 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

## E. 6

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté

- 13/23 - dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcentage entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid.

## E. 7

La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

- 14/23 - Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3). 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 co-morbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). 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).

- 15/23 -

## **E. 8**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le

TF a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

- 16/23 - 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/bb et cc).

## **E. 9**

En l'espèce, le TF, dans son arrêt du 6 août 2008, a confirmé qu'il n'y avait aucun motif sérieux de s'écarter des considérations médicales motivées et convaincantes des Drs D\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Il a précisé que les déclarations du Dr B\_\_\_\_\_ au sujet du caractère traumatique de l'hernie en C7 ainsi que de la radiculopathie en C6 avaient été réfutées de manière circonstanciée par le Dr G\_\_\_\_\_ et que les opinions personnelles tant de la physiothérapeute que de l'ostéopathe, qui n'étaient pas médecins, n'étaient pas propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des experts. Par conséquent, il leur a reconnu une entière valeur probante de sorte qu'il n'est pas nécessaire de réexaminer la valeur probante de ces expertises dans le cadre de la présente procédure. Dès lors, il y a lieu de confirmer, sur la base des conclusions des experts, l'absence d'incapacité de travail en relation avec le syndrome cervical et les troubles associés dans une activité n'impliquant pas d'efforts physiques des membres supérieurs. En revanche, le TF n'a pas jugé nécessaire de trancher entre les différents avis médicaux concernant la composante psychique au vu de l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Il a rappelé que les Drs D\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, suivis en cela par les Drs B\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, mentionnaient respectivement un état anxio-dépressif, des troubles somatoformes douloureux et un état de stress post-traumatique. En premier lieu, il convient donc d'examiner si l'expertise bi-disciplinaire du SMR peut se voir reconnaître pleine valeur probante sur ce point. Dans leur rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 25 avril 2005, les Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une personnalité à traits dépendants et une fibromyalgie mais considéré que ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Selon eux, du point de vue somatique, l'assurée présente un syndrome cervical algique chronique sur un trouble dégénératif mineur sans aucune atteinte neurologique objectivable. Au plan psychique, la Dresse F\_\_\_\_\_ dit avoir constaté une thymie neutre avec labilité émotionnelle et n'avoir détecté ni élément floride de la lignée

psychotique, ni signe évocateur d'un trouble grave de la personnalité. Les experts ont conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle eu égard à l'absence d'arguments cliniques objectifs pour étayer une incapacité de travail de longue durée et ont émis l'opinion que la recourante avait toujours été capable d'exercer l'activité de téléphoniste-réceptionniste, laquelle était pleinement adaptée à ses pathologies arthrosiques bénignes.

- 17/23 - Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Ils ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. Sur le plan somatique, ils ont retenu principalement les mêmes diagnostics que les autres médecins. S'agissant des troubles psychiques, ils ont expliqué qu'un syndrome de stress post-traumatique évoluait naturellement, au plus tard après six mois, en modification de la personnalité avec des signes spécifiques qui n'étaient pas présents à l'examen chez la recourante. Leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Elles sont cohérentes, en tant que, notamment, contrairement aux divers médecins traitants, ils relativisent l'intensité des douleurs décrites en se fondant sur le résultat des examens auxquels ils ont procédé et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation de sorte que leur rapport peut se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATFA du 12 juillet 2005, I 366/05). En effet, le seul fait que les Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ soient médecins du SMR ne suffit pas pour douter de l'impartialité de leurs conclusions alors que l'existence de circonstances objectives démontrées permettant d'avoir des doutes à ce sujet n'est pas rendue vraisemblable. De plus, on ne voit pas en quoi les experts du SMR auraient nié des problèmes somatiques au niveau cervical constatés par les autres médecins puisque les experts neurologues ont admis qu'il n'existait que des troubles minimes n'entraînant aucune incapacité de travail. Il reste à examiner si les critiques formulées par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2005 sont susceptibles de remettre en cause le bien-fondé du rapport du SMR. Le psychiatre traitant conteste l'absence de syndrome de stress post-traumatique, alléguant qu'il existe des signes caractéristiques de répercussion traumatique, à savoir des insomnies, un impact psycho-socio professionnel de l'accident et une modification de la personnalité. Il reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte des cauchemars de la patiente et de son vécu traumatique, du fait que sa vie sociale est devenue plus pauvre après l'accident, de sa tendance à l'isolement, des autres modifications durables de la personnalité et de ses traits de personnalité dépendants. Il considère que le fait que la patiente ait rapidement repris le travail après l'accident peut être considéré comme une fuite en avant pour échapper à sa douleur et soutient que l'évolution chronique de ce syndrome est bien connue en littérature. Dans son arrêt du 29 novembre 2007 (ATAS/1379/2007) relatif au litige en matière d'assurance-accidents, le Tribunal de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette question. Il a ainsi retenu que l'avis divergent du Dr C\_\_\_\_\_ ne justifiait pas que l'on s'écartât des conclusions de l'examen bi-disciplinaire du SMR et que les reproches faits aux médecins du SMR étaient erronés. En effet, les examinateurs ont pris en compte les plaintes de la recourante quant à l'impossibilité de trouver le

- 18/23 - sommeil, tout en relevant qu'elle avait déclaré par ailleurs rester au lit le matin jusqu'à 11h00-12h00. Ils ont précisé que sa description confondait la période ayant suivi

immédiatement l'accident de 2000 avec la situation au moment de l'examen (le sommeil était alors décrit comme étant de bonne qualité et sans cauchemars de- puis plusieurs années, mais décalé vers le matin). Les médecins du SMR n'ont pas relevé de tendance à l'isolement puisque la recourante a, au contraire, expliqué qu'elle se promenait l'après-midi avec une amie, qu'elle rencontrait de nombreux amis, se rendait au cinéma, nageait une à deux fois par semaine et entretenait de nombreuses amitiés, ces personnes s'invitant mutuellement pour partager des repas. S'agissant des troubles de la personnalité, ils ont expliqué que la recourante ne pré- sentait pas de signes spécifiques d'une modification de la personnalité, tels qu'une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, de menace constante ou de détachement. Ils ont observé un léger détachement par rapport aux gens qui ne la comprenaient pas, mais pas d'anesthésie psychique ni d'émoussement émotionnel, ni d'évitement des situations à risque puisque la recourante conduisait à nouveau sa voiture. Les médecins du SMR ont admis qu'après l'accident, la crainte de la mort ne faisait aucun doute et avait provoqué chez la patiente des insomnies avec cauchemars. Ils ont toutefois re- levé que ces signes accompagnateurs physiologiques s'étaient amendés dans un premier temps, avant d'être volontairement réactivés par la recourante lorsqu'elle avait sollicité son assurance. Ils ont expliqué que la personnalité à traits dépendants était un mode relationnel choisi délibérément par la recourante et non une maladie psychiatrique. Il y a lieu de confirmer cette appréciation en précisant que, selon la Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM-10), un des critères de l'état de stress post-traumatique (F 43.1) est l'évitement ou la tendance à l'évitement de situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier. Or, la recourante a recommencé à conduire sa voiture, ce qui établit que l'un des critères permettant de poser ce diagnostic fait en tout cas défaut. Par ailleurs, lors de son audition par le Tribunal de céans, le psychiatre traitant a expliqué avoir posé ce diagnostic parce que la patiente avait subi un coup du lapin, ce qui représentait un événement exceptionnel propre à déclencher un stress post-traumatique. Ce raisonnement repose sur une prémisse erronée car la plupart des coups du lapin n'entraînent aucun stress post-traumatique. De plus, selon le rapport de police, la recourante a été heurtée par un véhicule qui s'est tout d'abord arrêté au milieu du carrefour, avant de repartir sans regarder si la voie était libre, ce qui permet d'en déduire que sa vitesse n'était pas très élevée au moment du choc et donc que l'importance de celui-ci n'était pas telle qu'il ait pu provoquer un état de stress post-traumatique, d'autant plus qu'il n'a pas eu lieu frontalement puisque l'avant de la voiture de la recourante a heuré l'aile avant droite du véhicule fautif. Au demeu- rant, les développements du Dr C\_\_\_\_\_ sont contradictoires. En effet, le mé- decin conteste l'appréciation des médecins du SMR qui ne mettent pas en corréla-

- 19/23 - tion l'accident et l'arrêt de travail au motif qu'ils n'ont pas retenu, à tort, une modi- fication de la personnalité, tout en diagnostiquant, dans son rapport du 14 août 2004, une modification durable de la personnalité (F 62.8) sans répercussion sur la capacité de travail. En outre, il justifie le diagnostic « d'autres modifications dura- bles de la personnalité » par l'apparition, après l'accident, de traits de personnalité dépendants. Or, il s'agit de traits de la personnalité et non pas de troubles de la per- sonnalité de sorte qu'on ne voit pas comment ils pourraient légitimer le diagnostic « d'autres modifications durables de la personnalité » et entraîner une incapacité de travail. Enfin, contrairement aux experts et aux divers médecins relatant une amplification des douleurs, le psychiatre traitant n'a pas mis en évidence de signes de non- organicité conduisant à relativiser les plaintes de l'assurée. En définitive, les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ relatent surtout la manière dont

la patiente assume et ressent elle-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique (ATFA non publiés I 366/05 du 12 juillet 2005 et I 808/04 du 14 septembre 2005, consid. 4.2). Par conséquent, ses considérations sont empreintes de son point de vue de médecin traitant. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'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 contraire. 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 psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4). Or, il ressort de ce qui précède que les Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ n'ont pas omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Par conséquent, les critiques du Dr C\_\_\_\_\_ tendent davantage à substituer sa propre appréciation à celle des experts qu'à établir l'existence d'une carence évidente dans l'évaluation de sorte qu'elles ne sont pas susceptibles de faire douter de la valeur probante du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR.

#### **E. 10**

La recourante requiert, à titre subsidiaire, des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies,

- 20/23 - par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

#### **E. 11**

Il reste à déterminer si la fibromyalgie diagnostiquée par les Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ entraîne une invalidité. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le

diagnostic de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants établis par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). Tout d'abord, il convient d'examiner s'il existe une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence. Selon les médecins du SMR, la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique, alors que le Dr C\_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 novembre 2005, mentionne un syndrome de stress post-traumatique et d'autres modifications durables de la personnalité. De plus, dans son rapport du 14 août 2004, il diagnostique une modification durable de la personnalité (F 62.8) ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Il n'y a pas lieu de revenir sur les explications cohérentes des médecins du SMR et les développements ci-dessus qui permettent de nier tant le diagnostic de stress post-traumatique que celui d'autres modifications durables de la personnalité. Au demeurant, des traits de la personnalité ne sont pas suffisamment importants pour

- 21/23 - retenir une co-morbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail ce qui d'ailleurs est confirmé par le Dr C\_\_\_\_\_ en tant qu'il a posé ce diagnostic dans le cadre des affections sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son rapport du 22 novembre 2005, le psychiatre traitant ne semble plus retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Quoiqu'il en soit, un épisode dépressif moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une co-morbidité psychiatrique. En effet, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux et de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid.

## **E. 12**

Mal fondé, le recours sera rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

- 23/23 -