

## **GE\_GERICHTE ATAS/619/2005 vom 18. Juli 2005**

GE Cour de justice, 2005-07-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_619\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_619_2005)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/619/2005 du 18 juillet 2005

IT: GE\_GERICHTE ATAS/619/2005 del 18 luglio 2005

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Par ordonnance du 25 septembre 2004, le Tribunal de céans s'est déclaré compétent pour juger du cas d'espèce et à déclaré le recours recevable.

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

A/1347/2004 - 13/20 - les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 juin 2004 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à fin 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

#### **E. 3**

L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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 la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/1347/2004 - 14/20 - probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, *L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?* in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas

A/1347/2004 - 15/20 - trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss). S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical 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 123 V 351).

#### **E. 4**

a) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances, dans un arrêt B. du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles

A/1347/2004 - 16/20 - de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3 ; arrêt du TFA du 9 novembre 2001, cause I 27/01).

#### **E. 5**

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut

raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. a; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28 LAI, p. 221). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références) et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (arrêt du TFA du 9 mai 2005, cause I 53/05). Ainsi, constitue également un principe essentiel du droit des assurances le fait que l'assuré doive se soumettre à une mesure thérapeutique apte à réduire le dommage assuré (telle une opération de nature à rendre utile la poursuite d'un traitement ambulatoire ou à permettre une reprise de l'activité lucrative (ATF 105 V 178).

#### **E. 6**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'art. 28 LAI a la teneur suivante : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

A/1347/2004 - 17/20 - Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2003 a la même teneur.

#### **E. 7**

En l'espèce, le Tribunal de céans a jugé dans son ordonnance d'expertise du 14 février 2005 qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique confiée au Dr V \_\_\_\_\_ s'avérait nécessaire, dès lors qu'il apparaissait vraisemblable que la recourante avait vu son état s'aggraver depuis mai 2002, soit antérieurement à la décision litigieuse et postérieurement à l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_. Le Dr V \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise ainsi que son complément le 9 avril et le 30 mai 2005. S'agissant de

la valeur probante de l'expertise du Dr V \_\_\_\_\_, il convient de relever qu'elle est fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets (la recourante ayant été examinée par l'expert à trois reprises, dont une en présence de son époux, l'expert s'était par ailleurs entretenu avec le médecin-traitant), qu'elle prend en compte les plaintes exprimées par la recourante, qu'elle a été établie en pleine connaissance du dossier (cf. chapitres 2 de l'expertise) et que la description de l'histoire médicale est claire. Concernant la motivation des conclusions de l'expert, si le rapport d'expertise du 9 avril 2005 n'était pas clair en ce sens que l'incapacité de travail de 50 % n'était pas motivée de façon cohérente, force est d'admettre que, dans le complément d'expertise du 30 mai 2005, l'expert a pallié ce défaut en expliquant de façon convaincante que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis mars 2003, par l'apparition d'un trouble dépressif récurrent (épisodes dépressifs francs dès le printemps 2003) et l'aggravation d'un trouble anxieux (présent de longue date) entraînant de la fatigue physique et mentale, des difficultés de concentration et de mémoire, une résistance diminuée aux stress quotidiens et un comportement d'évitement, ayant pour conséquence une limitation de la capacité de travail à 50 %. En particulier, l'expert a expliqué que le terme « difficile à considérer comme invalidant » lequel qualifiait dans l'expertise le trouble anxieux, manquait de clarté. Le trouble anxieux, même s'il n'était pas possible de le spécifier, motivait l'incapacité partielle de travail. En outre la présence des autres problèmes psychiques (dépression chronique et récurrente, fragilité de la personnalité, léger retard mental) majorait les limitations imputables au trouble anxieux. Il existait de façon certaine un trouble anxieux sérieux mais le pronostic à long terme n'était pas possible car la maladie pouvait évoluer par la mise en place d'un traitement approprié. Il ne s'agissait en tous les cas pas d'un trouble anxieux non différencié, soit un trouble léger. Les diagnostics énoncés étaient distincts et se cumulaient, ce qui donnait un certain degré de sévérité à l'ensemble.

A/1347/2004 - 18/20 - Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'expertise du Dr V \_\_\_\_\_ revêt force probante, au sens de la jurisprudence précitée.

## **E. 8**

a) L'expert conclut à une capacité de travail de 50 % dans une activité simple et pratique depuis mars 2003, date de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée. En principe, la recourante, qui a subi une incapacité de travail de 50 % depuis mars 2003 en raison d'un état psychique malade, remplit, dès mars 2004, soit antérieurement à la décision sur opposition datée du 7 juin 2004, la condition de l'ouverture du droit à la rente (art. 29 al. 1 let. a LAI). Cependant, se pose la question de la soumission de la recourante au traitement prescrit (let. b) ainsi que de l'influence éventuelle des facteurs psychosociaux et socioculturels (let. c). b) Dès lors que dans le domaine des assurances sociales l'assuré doit se soumettre à une mesure thérapeutique apte à réduire le dommage, il y a lieu d'admettre que le traitement décrit par l'expert et qualifié d'exigible, s'il est suivi correctement, devrait permettre à l'intéressée de retrouver une capacité de travail entière. Ainsi, depuis la date de l'expertise, soit avril 2005, l'on peut exiger de l'assurée que, dûment informée sur le traitement adéquat - lequel, en plus des médicaments déjà prescrits comprend un volet psychothérapeutique, (exposition méthodique aux situations qui provoquent de l'anxiété) - elle se soumette à celui-ci afin d'améliorer son état de santé et, par là-même, sa capacité de travail. Selon l'expert, un traitement régulièrement suivi durant une année est apte à améliorer le trouble anxieux, principale cause de l'incapacité de travail, de telle façon que celle-ci disparaisse. Par ailleurs, antérieurement à l'expertise, il ne ressort pas du dossier

que l'assurée aurait refusé totalement de se soumettre à tout traitement, notamment prescrit par le Dr M\_\_\_\_\_, lequel atteste le 28 août 2003 de la présence d'une dépression justifiant un traitement d'antidépresseurs, puis prescrit par le Dr S\_\_\_\_\_ lequel a fait était le 28 octobre 2004 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Même si, selon les termes de l'expertise, la collaboration au traitement est variable, l'on ne saurait reprocher à l'assurée un refus de mesure thérapeutique entraînant un refus de prestations sociales. Par ailleurs, le volet psychothérapeutique décrit par l'expert et de nature à diminuer le trouble anxieux, principalement invalidant, n'a été proposé à l'assurée, selon les pièces au dossier, qu'à l'occasion de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_. On ne saurait en conséquence lui reprocher de ne pas l'avoir suivi plus tôt. c) S'agissant de l'influence des facteurs psychosociaux et socioculturels, il n'y a pas lieu de retenir qu'ils jouent un rôle de premier plan dans la survenance de l'incapacité de travail dès lors que l'expert estime que celle-ci est uniquement la conséquence des manifestations cognitives et comportementales de la dépression et de l'anxiété. Ainsi, le diagnostic médical de l'expert suffit pour expliquer l'incapacité de travail de 50 % de la recourante depuis mars 2003.

A/1347/2004 - 19/20 -

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, la recourante est en incapacité de travail de 50 % justifiée depuis mars 2003. Cette incapacité devrait cependant disparaître – moyennant un suivi régulier durant une année du traitement prescrit – dès avril 2006, soit une année après la date de l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_. Ainsi, au-delà de mars 2006, la recourante devrait, selon l'expert, retrouver une capacité de travail entière. La recourante n'ayant exercé qu'un emploi de quelques mois comme vendeuse (Vet'Shop – Genève), il y a lieu de se référer aux données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires tant pour le gain sans invalidité que pour le gain avec invalidité. Le revenu pour une activité simple et pratique réalisable tant avant qu'après l'invalidité étant identique, le degré d'invalidité peut être arrêté à 50 %, sans qu'il ne soit nécessaire de se référer aux salaires chiffrés. Un degré d'invalidité de 50 % donne droit, selon l'art. 28 LAI entré en vigueur le 1er janvier 2004 à une demi-rente d'invalidité. En conséquence, la recourante a droit à une demi-rente depuis mars 2004. Il incombera cependant à l'OCAI de revoir le droit à la rente, au besoin par le biais d'une instruction complémentaire sous la forme d'un rapport d'expertise du Dr V\_\_\_\_\_, dans un délai de deux ans dès le début du droit.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, au sens des considérants.

A/1347/2004 - 20/20 -