

## **GE\_GERICHTE ATAS/705/2013 vom 2. Juli 2013**

GE Cour de justice, 2013-07-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_705\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_705_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/705/2013 du 2 juillet 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/705/2013 del 2 luglio 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.

A/3757/2012 - 10/17 -

#### **E. 2**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (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, ont entraîné 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). 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. 3**

En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 novembre 2012, concerne des faits survenus postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Au vu des faits pertinents du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 5ème et 6ème révisions (révision 6a) de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

#### **E. 4**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

#### **E. 5**

L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 6**

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. 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). 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. 7**

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

A/3757/2012 - 11/17 - 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; ATF 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; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

#### **E. 8**

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, 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 49, consid. 1.2). 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 352, consid.

2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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

A/3757/2012 - 12/17 - présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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, consid. 1.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

## **E. 9**

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.

A/3757/2012 - 13/17 - Pour déterminer le degré d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel tout en se consacrant à leurs travaux habituels, il faut

établir 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 dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Il convient ainsi d'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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). L'invalidité globale se détermine alors d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 125 V 146 consid. 2b).

#### **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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/3757/2012 - 14/17 - c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). d) 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). e) 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison 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). Selon la jurisprudence, 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire 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. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C\_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4).

A/3757/2012 - 15/17 -

## **E. 11**

En l'espèce, la recourante est d'avis que l'atteinte à la santé dont elle souffre a réduit sa capacité de gain à 0% et qu'une invalidité d'au moins 50% doit lui être reconnue. Pour sa part, l'intimé soutient, en se fondant sur l'expertise diligentée par le CEMED et les avis médicaux de la Dresse U \_\_\_\_\_, médecin SMR, que l'incapacité de travail de la recourante est complète depuis le 23 juin 2009 dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que pour la part dévolue à l'activité professionnelle (31%), l'invalidité de l'intéressée s'avère inexistante.

Rendu à la suite d'examens médicaux effectués les 26 juillet et 19 août 2011, le rapport d'expertise du CEMED du 13 décembre 2011 comporte une anamnèse fouillée ainsi qu'un status objectif détaillé et nuancé, il tient compte des plaintes du recourant et contient des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En tenant compte des éléments médicaux alors connus, le rapport d'expertise est probant et retient, sans être contredit, que l'état anxio-dépressif alors diagnostiqué n'est pas une comorbidité suffisamment grave pour que le trouble somatoforme soit invalidant. Cela étant, la décision entreprise, en se fondant sur cette expertise, ne prend pas en considération l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Il ressort en effet des pièces produites par la recourante que l'expertise des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ ne tient compte ni de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée par les Drs R \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 31 octobre 2012, ni de l'épisode dépressif majeur et/ou sévère qui a été diagnostiqué à l'occasion d'une consultation psychiatrique ayant eu lieu

durant le séjour de la recourante au Service de rhumatologie des HUG du 15 au 30 octobre 2012. S'agissant de cette dernière atteinte, le rapport du 27 mars 2013 établi par le Dr Q\_\_\_\_\_, indique que la recourante est suivie au CAPPI Jonction depuis le 5 décembre 2012 et qu'elle présente, dès son arrivée, un tableau clinique en faveur d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Le rapport du 27 mars 2013 précise également que d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail est actuellement nulle et reste à réévaluer en fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente. Pour sa part, l'intimé fait sienne la position de la Dresse U\_\_\_\_\_ qui affirme que l'atteinte psychique attestée par le Dr Q\_\_\_\_\_ en date du 27 mars 2013 est postérieure à la décision de l'intimé du 6 novembre 2012 (atteinte réactionnelle). Cette affirmation est toutefois clairement contredite par le rapport des Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ qui situe l'épisode dépressif majeur entre le 15 et le 30 octobre 2012, soit à une époque antérieure à la décision querellée. Le dossier ne contient dès lors pas suffisamment d'éléments utiles à une appréciation adéquate de la gravité de l'épisode dépressif, notamment en ce qui concerne la date de l'aggravation. Les lacunes du dossier concernent également la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, soit une atteinte objectivée du point de vue

A/3757/2012 - 16/17 - rhumatologique et qui n'entre pas dans le tableau du trouble somatoforme, étant précisé que le bref avis émis à ce sujet par la Dresse U\_\_\_\_\_ le 3 avril 2013, motivé très sommairement, ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence, ne serait-ce qu'en raison de l'absence d'appréciation médicale fondée sur un examen personnel de l'assurée au sujet de cette atteinte nouvelle (cf. ATFA U 439 du 7 août 2001 consid. 3d par analogie; RAMA 2001 p. 346). En effet, seuls les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont examiné la tendinopathie de la recourante, mais sans se prononcer sur la capacité de travail exigible à la lumière de cette atteinte nouvelle. Dans ces conditions, la capacité de travail exigible dans une activité manuelle est douteuse et la question de l'évaluation de l'invalidité dans la sphère professionnelle et les travaux habituels ne peut pas être résolue.

#### **E. 12**

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé qui reprendra l'instruction du cas en invitant les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ à procéder à un complément d'expertise en examinant des atteintes à la santé nouvellement diagnostiquées lors du séjour de la recourante du 15 au 30 octobre 2012 au Service de rhumatologie des HUG. À la lumière des atteintes à la santé déjà examinées, les experts devront se prononcer sur ces atteintes nouvelles et déterminer quelles en sont les répercussions sur la capacité de travail exigible de la recourante, en discutant les avis des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie qui ont suivi l'assurée. L'intimé procédera ensuite, cas échéant, à une nouvelle enquête ménagère et rendra une nouvelle décision concernant le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité.

#### **E. 13**

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Étant 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/3757/2012 - 17/17 - 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.