

# **GE\_GERICHTE ATAS/808/2014 vom 27. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_808\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_808_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/808/2014 du 27 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/808/2014 del 27 giugno 2014

## **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) 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.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations 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 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). 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

A/487/2014 - 14/20 - 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. 6**

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

## **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 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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

A/487/2014 - 15/20 - 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; 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2, Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2).

## **E. 8**

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue

A/487/2014 - 16/20 - durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

## **E. 9**

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 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

A/487/2014 - 17/20 - 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. 10**

Il y a lieu de déterminer si l'expertise rendue par les Dresses R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ correspond aux exigences exposées ci-dessus. Il est vrai que la lecture de cette expertise,

très volumineuse, est malaisée en raison des innombrables redites qu'elle comprend. Les expertes ont en effet répété tous les éléments qui ressortaient des rapports médicaux versés au dossier dans les chapitres concernant l'anamnèse médicale et personnelle, les plaintes, les constatations lors de l'examen clinique et les diagnostics. Il est ainsi difficile de distinguer entre les éléments rapportés par la recourante aux médecins de la clinique CORELA, les observations cliniques de ces dernières, les plaintes relatées dans d'anciens rapports médicaux et les éléments tirés de la lecture du dossier médical. Du point de vue de la structure, cette expertise se situe ainsi à la limite de ce qui est acceptable. Cela étant, elle comprend tous les éléments nécessaires du point de vue formel pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, conformément à la jurisprudence. En effet, la neurologue et la psychiatre ont pris connaissance du dossier médical de la recourante, ont établi une anamnèse, relaté ses plaintes et procédé à un examen clinique avant de livrer leurs diagnostics. S'agissant des atteintes retenues, elles ont soigneusement motivé les raisons pour lesquelles elles s'écartaient, cas échéant, des diagnostics des médecins traitants de la recourante, et leurs conclusions relatives à l'incidence des troubles de la recourante sur sa capacité de travail sont conformes à la jurisprudence en matière de dépendance. Il n'existe d'ailleurs aucun élément médical permettant de remettre en cause le rapport des Dresses R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_. Au plan neurologique, les constatations de l'experte rejoignent largement celles des spécialistes consultés par la recourante. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé que le bilan oto-neurologique était normal en janvier 2011, à l'exception du nystagmus, qui avait disparu lors de l'examen par la Dresse R\_\_\_\_\_. Les spécialistes des HUG n'ont pas non plus trouvé d'explication organique aux vertiges de la recourante dans leur rapport de septembre 2011, à

A/487/2014 - 18/20 - l'instar de la Dresse J\_\_\_\_\_ dont l'examen s'est révélé dans la norme. L'IRM n'a pas non plus permis de retrouver un substrat neurologique à la base des troubles de la recourante. Or, conformément à la jurisprudence citée, en l'absence de substrat physiologique permettant d'expliquer les symptômes somatiques d'un assuré, il n'y a lieu d'en tenir compte. En outre, les médecins traitants ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante. Du point de vue psychique, s'agissant en particulier de l'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2006, elle fondait l'incapacité de travail retenue essentiellement sur les troubles du sommeil relevés par le laboratoire du sommeil des HUG. Cependant, cette atteinte s'est considérablement améliorée depuis lors, comme cela ressort du rapport du 15 mai 2012 de la Dresse I\_\_\_\_\_. Quant au trouble dépressif récurrent retenu par l'expert en 2006, justifiant selon ce dernier une capacité de travail réduite de 50 %, il n'a à l'époque pas été analysé à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de dépendance. En ce qui concerne l'agoraphobie, dont la Dresse Q\_\_\_\_\_ a affirmé qu'elle entraînait d'importantes limitations fonctionnelles dans son rapport du 12 décembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ l'a qualifiée de comorbidité à l'épisode dépressif et n'a pas non plus retenu d'incapacité de travail à ce titre. Les explications données par la Dresse S\_\_\_\_\_ sur la survenance de tels épisodes sont au demeurant convaincantes. On notera en outre que la Dresse I\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 mai 2012, a lié les limitations fonctionnelles retenues non pas aux troubles psychiques mais aux vertiges. Si ce médecin a certes retenu une incapacité de travail totale pour le surplus, elle n'a pas motivé cette appréciation. Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun élément permettant de s'écarter des conclusions des expertes, aux termes desquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans son activité habituelle. Les griefs de la recourante ne le justifient pas non plus. Cette dernière s'en prend à la méthode analytique des expertes et

allègue qu'elle ne permet pas une vision d'ensemble de sa situation médicale. Or, la neurologue de la clinique CORELA ne s'est pas cantonnée aux seuls diagnostics neurologiques évoqués par les médecins traitants, puisqu'elle a évoqué un possible syndrome canalaire, qui ne ressort pas des autres rapports médicaux. Cela démontre que l'analyse par diagnostics, si elle a dans le cas présent ses limites en raison de la structure inutilement lourde et compliquée qu'elle implique, n'a pas empêché les expertes d'investiguer tous les troubles de la recourante. Ce grief tombe dès lors à faux. Quant au fait que par son volume, l'expertise ne permettait pas à la psychiatre traitante de faire part de ses observations sur ce document, il faut relever que le projet de décision de l'intimé est daté du 15 novembre 2013 et que la recourante a interjeté recours près de trois mois plus tard. Ce délai devait permettre à la recourante de recueillir l'avis de la Dresse Q\_\_\_\_\_, malgré la proximité de l'expertise CORELA. De plus, en tant que la recourante allègue que les troubles induits par la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines doivent être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de

A/487/2014 - 19/20 - gain, elle méconnaît la jurisprudence rappelée ci-dessus sur les comorbidités psychiatriques à la dépendance. Quant au fait que son anamnèse évoquerait l'existence d'un trouble de la personnalité induisant ses problèmes d'alcool – ce qui permettrait de considérer que la dépendance a un caractère secondaire et d'en tenir compte dans l'appréciation de l'invalidité – on notera qu'aucun des autres psychiatres n'a retenu de tel trouble, le Dr C\_\_\_\_\_ ayant évoqué des seuls traits de personnalité borderline et narcissiques. Enfin, contrairement à ce que la recourante affirme, la Dresse S\_\_\_\_\_ a bel et bien donné une explication à la déchéance socioprofessionnelle que celle-ci connaît depuis 2006, puisqu'elle a indiqué que la problématique alcoolique est à son origine. Par conséquent, compte tenu du fait que l'expertise CORELA doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. En effet, si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

## **E. 11**

Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, elle supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/487/2014 - 20/20 - 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.