

# **GE\_GERICHTE ATAS/84/2014 vom 15. Januar 2014**

GE Cour de justice, 2014-01-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_84\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_84_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/84/2014 du 15 janvier 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/84/2014 del 15 gennaio 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; 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.

### **E. 2**

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA p.a.).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (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, entraînent 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents remontant à 2006, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008, respectivement

A/1681/2013 - 6/11 - après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision et à la révision 6a, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

### **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). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 6**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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.

A/1681/2013 - 7/11 - 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause 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 contradictoire. 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 et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). d. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 A/1681/2013 - 8/11 - V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 7**

a) En l'occurrence, l'intimé a estimé que les atteintes à la santé dont souffrait la recourante n'engendraient pas d'incapacité de travail en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2012, lequel a été établi sur la base du dossier de la recourante, et en particulier sur son dossier radiologique, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et médicale de celle-ci et en tenant compte de ses plaintes. Les constatations objectives ont été clairement exposées et l'expert a précisément déterminé les diagnostics neurologiques – migraines sans aura et céphalées de tension – et les raisons qui l'ont conduit à les retenir. Quant aux cervicalgies et lombalgies, il a expliqué en substance qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs en faveur d'une souffrance radiculaire. Enfin, on comprend que dans la mesure où les céphalées répondaient bien au Zomig, une activité professionnelle pouvait être exercée à plein temps, avec un absentéisme occasionnel en cas

de crise sévère, étant précisé que le tableau céphalalgique pouvait également encore être amélioré par un traitement de fond. Au vu des éléments qui précèdent, le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En ce qui concerne les différents rapports du Dr C \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, ils ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En effet, ils ne sont pas suffisamment motivés et ne mettent pas en exergue d'éléments dont le Dr D \_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte. Enfin, les autres médecins – les Dresses A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ – ne s'étant pas prononcés sur la conséquence des atteintes à la santé retenues sur la capacité de travail, leurs rapports ne sont pas déterminants pour établir si la recourante pouvait encore exercer une activité lucrative ou non. b) La recourante quant à elle invoque premièrement que le Dr D \_\_\_\_\_ n'a pas examiné l'incidence sur sa capacité de travail de la hernie discale en C5-C6 et de ses problèmes dorsaux. Il sera constaté que tel n'est visiblement pas le cas. En effet, les examens effectués par l'expert ont porté sur le rachis cervical et lombaire et il a

A/1681/2013 - 9/11 - pris en considération les résultats des IRM au dossier qui ne mettaient pas en évidence d'argument en faveur d'une compression radiculaire, de sorte qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs en faveur d'une souffrance radiculaire. Dès lors, il est compréhensible que pour l'expert, les cervicalgies et lombalgies n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante. Deuxièmement, la recourante soutient que la gonalgie progressive au genou gauche l'empêche d'exercer une activité lucrative, produisant à l'appui de son recours une IRM du genou gauche du 27 mars 2013, laquelle conclut aux éléments suivants : fissure cartilagineuse localisée s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral au tiers moyen de la facette rotulienne interne associée à la présence d'une microgéode sous- chondrale ; tendinopathie versus dégénérescence mucoïde du tendon poplité au niveau de sa zone d'insertion proximale à la hauteur de la fossette poplitée. A cet égard, la Cour de céans relève que l'expert a examiné la recourante très peu de temps avant cette IRM, soit environ trois mois auparavant, et qu'il a tenu compte, comme le retient l'intimé, de la présence d'une gonalgie avec craquements dans les genoux. De plus, lors de l'examen de la recourante, il a constaté une déambulation harmonieuse, la possibilité de marcher sur la pointe des pieds, des réflexes rotuliens normotifs et symétriques, une épreuve des jambes fléchies bien stabilisée et une sensibilité normale. La recourante a également déclaré qu'elle pouvait sortir se promener entre 30 à 60 minutes. Quant au Dr C \_\_\_\_\_, il n'a jamais retenu que la gonalgie empêchait la recourante d'exercer une activité lucrative. Il apparaît dès lors, au vu des différents rapports, que la gonalgie n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Partant, le fait que l'IRM mette en exergue les raisons des gonalgies ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante liée à son genou gauche, ce qu'elle ne fait d'ailleurs pas valoir dans le cadre de son recours. Pour le surplus, le rapport d'expertise étant probant et convaincant à tous égards, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une instruction complémentaire telle que requise par la recourante, soit une comparution personnelle des parties et une expertise portant sur la problématique cervico-lombaire ou sur la gonalgie. c) Au vu de tout ce qui précède, la Cour de céans conclut que la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, une pleine capacité de travail dans toutes les activités lucratives.

Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante. a) 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. Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité est déterminée selon la méthode mixte. L'invalidité de ces assurés est, pour la part

A/1681/2013 - 10/11 - consacrée à l'activité lucrative, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Pour la part consacrée 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 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). b) En l'espèce, la recourante a travaillé durant 7 heures par semaine avant d'être en arrêt de travail, de sorte qu'elle présente un statut mixte. Il appert de ce qui précède que sa capacité de travail est entière dans toutes les activités lucratives, de sorte que le degré d'invalidité est nul pour la part consacrée à l'activité lucrative. Pour la part consacrée aux travaux habituels, la recourante n'a jamais allégué ne pas être en mesure d'effectuer ses travaux ménagers d'une part, et il résulte de l'expertise que les tâches ménagères étaient partagées entre la recourante et son époux d'autre part. Dès lors, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, qu'il n'y a pas d'empêchement à accomplir les activités ménagères, ce d'autant plus que seuls les deux derniers enfants de la recourante, qui ont 14 et 18 ans, vivent au domicile conjugal. Le degré d'invalidité de la recourante est ainsi nul.

## **E. 9**

Par conséquent, le recours est rejeté. La recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique, elle est dispensée de verser un émolument (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPa ; E 5 10.03).

A/1681/2013 - 11/11 - 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.