

# **GE\_GERICHTE ATAS/981/2007 vom 13. September 2007**

GE Cour de justice, 2007-09-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_981\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_981_2007)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/981/2007 du 13 septembre 2007

IT: GE\_GERICHTE ATAS/981/2007 del 13 settembre 2007

## **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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Quoi qu'il en soit, 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). 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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **E. 3**

Interjeté dans les formes et délai prévus, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/3919/2006 - 13/20 -

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que les atteintes à la santé dont souffre l'appelée en cause sont invalidantes et lui ouvrent droit à une demi-rente d'invalidité.

### **E. 5**

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence

rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGa. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

## **E. 6**

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart; 50 % au moins une demie; 60 % au moins trois-quarts; 70 % au moins rente entière. 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 de sa santé physique ou mentale. 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 (art. 6 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa).

A/3919/2006 - 14/20 - 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

## **E. 7**

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 en liaison avec l'art.

## **E. 8**

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'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

A/3919/2006 - 15/20 -

## **E. 9**

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 LPG), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/bb). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 10**

La décision litigieuse retient, en se fondant sur les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, qu'en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, l'appelée en cause a une

capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité. En février 2005, l'appelée en cause a été évaluée une première fois par le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce praticien a estimé qu'elle souffrait d'un état dépressif assez prononcé, à savoir un épisode dépressif moyen. S'y ajoutait en outre un trouble anxieux, peut-être plus important encore que le trouble dépressif. L'assurée présentait des éléments suggérant un A/3919/2006 - 16/20 - trouble panique (manifestations physiques d'anxiété) et une possible phobie sociale (évitement des situations sociales, tremblement comme manifestations physiques prédominantes). S'agissant de sa capacité de travail, les limitations tenant au syndrome anxio-dépressif (notamment fatigue, tremblements, troubles cognitifs) étaient importantes et probablement incompatibles avec toute activité professionnelle. L'incapacité de travail en tant que serveuse était totale. Néanmoins, avec une prise en charge psychiatrique, une reprise à 50 % devait être envisageable dans un délai de deux à trois mois. En janvier 2006, l'appelée en cause a une seconde fois été évaluée par le Dr G \_\_\_\_\_. Ce dernier a constaté que malgré le traitement psychiatrique en cours, le syndrome anxio-dépressif restait significatif, même si l'appelée en cause paraissait moins déprimée qu'en février 2005. La dépression était chronique, avec des exacerbations épisodiques. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, pouvait donc être retenu. La peur de tout, que ressentait l'assurée, les ruminations soucieuses envahissantes associées à des manifestations physiques d'anxiété correspondaient au diagnostic d'anxiété généralisée. Le diagnostic d'une composante psychotique éventuelle restait, quant à lui, encore réservé. S'agissant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, l'expert a expliqué que le syndrome anxio-dépressif avait pour conséquence une baisse des capacités cognitives, volitionnelles et comportementales, touchant ainsi la mémoire, l'attention, la motivation de l'appelée en cause et entraînant un manque d'énergie. Il a estimé que compte tenu des affections psychiques, l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans toute activité. Ces expertises, qui se fondent sur un examen complet, prennent en considération les plaintes exprimées par l'appelée en cause et ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'état de santé, son évolution, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi, doit-on admettre que ces expertises répondent aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux. Il convient dès lors d'examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ces conclusions. Le Tribunal de céans relèvera d'ores et déjà que le diagnostic de trouble dépressif est corroboré par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 12 juin 2004, pièce 48 intimé) et par la Dresse H \_\_\_\_\_, psychiatre traitant (rapport du 4 juin 2005, pièces 73 à 76 intimé).

A/3919/2006 - 17/20 -

## **E. 11**

a) Contrairement au Dr G \_\_\_\_\_, la Dresse H \_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport du 4 juin 2005, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F45.0). Le Tribunal de céans constate néanmoins que cette praticienne n'a pas expliqué quels critères lui avaient permis de retenir une telle affection, alors que celle-ci a été écartée de manière convaincante par le Dr G \_\_\_\_\_. A cet égard, ce dernier a expliqué que si les douleurs chroniques pouvaient certes être qualifiées de "somatoformes", étant donné qu'elles étaient liées à un

contexte dépressif, le diagnostic de "syndrome douloureux somatoforme persistant" n'était pas retenu formellement (pièce 86 intimé, p. 4, 1er §). En outre, le diagnostic retenu par la Dresse H \_\_\_\_\_ n'est corroboré par aucun autre avis psychiatrique. 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 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 676/05 du 13 mars 2006, consid. 2.4; I 783/05 du 18 avril 2006, consid. 2.2; U 58/06 du 2 août 2006, consid. 2.2; I 835/05 du 29 août 2006, consid. 3.2; I 879/05 du 27 septembre 2006, consid. 3.3; I 633/06 du 7 novembre 2006, consid. 3), 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 psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATFA non publié du 7 mars 2007, I 113/06). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. b) Le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologue, mandaté à titre d'expert, a, en date du 16 février 2005, diagnostiqué une fibromyalgie. Le Tribunal de céans n'est cependant pas convaincu par les conclusions auxquelles a abouti ce praticien. Il ressort en effet de son rapport que cet expert est parti du principe que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé en 2001, puis confirmé par le Dr N. C \_\_\_\_\_ en février 2004. Or, le fait qu'un tel diagnostic ait été posé en 2001, n'est nullement documenté. En outre, le Dr N. C \_\_\_\_\_ n'a pas confirmé le diagnostic, mais expliqué que l'anamnèse et l'examen clinique étaient "compatibles" avec le diagnostic de fibromyalgie, tout en précisant qu'il n'y avait que 9 points douloureux sur 18, au lieu des 12 requis et que la fibromyalgie était un diagnostic d'exclusion qui ne pouvait être retenu qu'après avoir éliminé d'autres pathologies, ce dont il convenait de s'assurer. Par ailleurs, il résulte du rapport d'expertise du 16 février 2005, que le Dr B. C \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique très sommaire et posé un diagnostic qui ne relève pas de sa spécialisation (un état dépressif sévère). Enfin, il n'a pas apprécié la situation médicale de l'appelée en cause et n'a pas motivé ses conclusions. c) Le diagnostic de fibromyalgie a certes également été posé par les Drs E \_\_\_\_\_, psychiatre, et B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Ce

A/3919/2006 - 18/20 - trouble ne saurait cependant être uniquement retenu sur la base de leur rapport, dès lors que cette affection ne relève pas de leur spécialisation. d) Quoi qu'il en soit, contrairement à ce que fait valoir l'intimé, le trouble dépressif dont souffre l'assurée n'est pas une réaction à une fibromyalgie ou à un trouble somatoforme douloureux, mais constitue une affection autonome, existant depuis 1999 déjà, date à laquelle l'assurée a pour la première fois consulté un psychiatre. A cet égard, le Dr G \_\_\_\_\_ a d'ailleurs expliqué que le trouble dépressif peut être réactionnel au trouble anxieux dont souffre également l'assurée, ces affections étant fréquemment associées et se renforçant mutuellement (pièce 86 intimé, p. 4, 3ème §). d) Enfin, aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées des expertises psychiatriques précitées, voire simplement qui fasse apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire, comme le requièrent la recourante et l'intimé. A cet égard, le Tribunal de céans constate que les griefs soulevés par la recourante ne sont en l'occurrence pas convaincants. On ne saurait en effet voir, comme l'allègue la recourante, de contradiction entre les conclusions auxquelles a abouti le Dr A \_\_\_\_\_ et les expertises du Dr G \_\_\_\_\_. En effet, le Dr A \_\_\_\_\_ a apprécié l'état de santé que présentait

l'appelée en cause en novembre 2000, alors que le Dr G\_\_\_\_\_ a évalué l'assurée en février 2005 et janvier 2006, soit plus de 4 ans plus tard. Au demeurant, les troubles psychiques ne relèvent pas de la spécialisation du Dr A\_\_\_\_\_. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante, les pièces versées au dossier permettent de retenir que l'appelée en cause a été en incapacité de travail dès le 3 novembre 2004 (pièce 80 intimé). A cet égard, la note du 10 janvier 2005, à laquelle se réfère la recourante n'est pas pertinente, dès lors qu'elle porte uniquement sur la nature du travail et les heures effectués par l'appelée en cause avant son incapacité de travail. Enfin, selon la recourante, l'appelée en cause n'aurait pas rempli son devoir de réduire le dommage dans la mesure où aucun traitement n'aurait été mis en place. Or, il est établi que depuis le 18 mars 2005, l'appelée en cause suit un traitement psychiatrique (pièces 73 et 86 intimé). L'expertise effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_ en date du 16 janvier 2006 a d'ailleurs permis d'apprécier l'évolution de l'état de santé de l'appelée en cause, compte tenu dudit traitement.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'appelée en cause dispose depuis novembre 2004 d'une capacité de travail réduite en raison d'un état dépressif récurrent et d'une anxiété généralisée.

A/3919/2006 - 19/20 - Or, au moment de la décision initiale de refus de rente, l'état de santé de l'appelée en cause était excellent et sa capacité de travail totale (rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2000, pièce 27 intimé). Dans la mesure où, entre le moment de la décision initiale de refus de rente (22 mai 2001) et celui de la décision litigieuse (26 septembre 2006), la capacité de travail de l'appelée en cause est passée de 100% à 50% et ce, dans toute activité, un changement important des circonstances s'est produit. En tant que l'évaluation du degré d'invalidité et le moment de la naissance du droit à la rente ne sont par ailleurs ni contestés ni contestables, le Tribunal de céans ne peut que confirmer la décision querellée.

#### **E. 13**

Le recours sera par conséquent rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de 500 fr.

#### **E. 14**

L'appelée en cause, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à charge de la recourante.

A/3919/2006 - 20/20 -