

# GE\_GERICHTE A/2044/2003 vom 1. September 2004

GE Cour de justice, 2004-09-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2044\\_2003](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2044_2003)

FR: GE\_GERICHTE A/2044/2003 du 1 septembre 2004

IT: GE\_GERICHTE A/2044/2003 del 1 settembre 2004

## Regeste

; AI(ASSURANCE) ; EXPERTISE ; FORCE PROBANTE

## Erwägungen

### E. 4

En l'espèce, la recourante souffre depuis l'été 1999 de polyarthralgies d'origine inflammatoire. Elle a été hospitalisée du 24 septembre 1999 au 5 octobre 1999 à la Clinique de médecine de l'établissement hospitalier pour un état d'asthénie important, mis en premier lieu sur le compte d'un état dépressif, sans amélioration depuis l'introduction des antidépresseurs et un état fébrile. Les examens biologiques effectués à l'entrée montrent un syndrome inflammatoire important et le diagnostic d'infection aiguë à cytomégalovirus a été posé. Compte tenu de l'importance de la fatigue, une aide-ménagère pour deux semaines lui a été octroyée et un arrêt du travail jusqu'au 17 octobre 1999, les médecins laissant le soin au médecin-traitant de réévaluer la situation lors du prochain contrôle (cf. rapport de l'établissement hospitalier du 7 octobre 1999, pièce n°1 fourre 3 dossier OCAI). La recourante a été examinée à la consultation ambulatoire de la division de rhumatologie de l'établissement hospitalier en avril et mai 2001. Dans son rapport adressé au Docteur D\_\_\_\_\_, le Docteur E\_\_\_\_\_ relève que la patiente présente depuis deux ans des polyarthralgies associées à des douleurs précordiales et de la gorge dont le diagnostic reste peu clair. Bien qu'un diagnostic précis ne puisse être posé, le Docteur E\_\_\_\_\_ relève qu'il est indéniable que la patiente présente un rhumatisme inflammatoire évoluant de manière cyclique avec des polyarthralgies et un état fébrile. Il a proposé de continuer le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien et a jugé utile, en fonction des symptômes, de donner des corticoïdes de façon transitoire et d'entreprendre un traitement de fond. La patiente a accepté de prendre un traitement anti-malarique (cf. pièce n°3 fourre 3 dossier OCAI). Le Docteur C\_\_\_\_\_, médecin-traitant de la recourante, a posé le diagnostic de polyarthralgies et thoracalgies invalidantes, fébriles, associées à un état dépressif secondaire à sa maladie chronique. Il a relevé qu'une infection aiguë à cyto mégalovirus avait été diagnostiquée chez la patiente en été 1999 lors de son hospitalisation et qu'après une partielle amélioration en été 2000, elle avait présenté en automne 2000 une nouvelle péjoration des arthralgies, actuellement invalidantes. Le traitement rhumatologique prescrit par le Docteur D\_\_\_\_\_ s'est révélé moyennement efficace et de nombreuses investigations approfondies ont été effectuées sans qu'un diagnostic précis et définitif ait pu être posé. L'incapacité de travail a oscillé entre 100 % et 0 % dès le 16 septembre 1999 ; dès le mois de mars 2001, le Docteur C\_\_\_\_\_ a mis la recourante en arrêt de travail total pour une durée indéterminée (cf. pièce n°5 fourre 3 dossier OCAI). Répondant au questionnaire pour la réinsertion professionnelle, le médecin-traitant a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant par sa patiente n'était pas exigible, en raison des douleurs

invalidantes. Le Docteur D\_\_\_\_\_, rhumatologue, a mentionné dans son rapport à l'attention de l'OCAI que la patiente avait présenté une infection aiguë à cytomégalovirus en 1999, dont l'évolution avait été marquée par l'apparition d'un phénomène de Raynaud et, surtout, d'épisodes récurrents de polyarthralgies touchant les épaules, les mains, les genoux, accompagnés de pics fébriles culminant à 39 degrés, ainsi que d'une importante asthénie. Des bilans avaient été effectués à plusieurs reprises, mais il n'y avait pas d'éléments biologiques suffisants pour préciser les diagnostics exacts de ce tableau clinique ressemblant à une maladie systémique de type Lupus. Malgré un traitement de Plaquénil débuté en août 2001, il n'y avait pas d'amélioration au dernier contrôle (cf. rapport médical du 27 novembre 2001, pièce n°7 fourre 3 dossier OCAI). Répondant au questionnaire de réinsertion professionnelle, le Docteur D\_\_\_\_\_ a déclaré que l'activité exercée jusqu'à maintenant par la recourante n'était plus exigible, qu'une diminution de rendement était présente, difficile toutefois à chiffrer dans la mesure où il s'agissait d'une maladie survenant par crises durant plusieurs jours. Interrogé par le Service médical régional AI, le Professeur E\_\_\_\_\_, dans un rapport du 21 février 2002, a indiqué qu'aucun diagnostic précis n'avait pu être posé suite à la consultation et que la patiente présentait essentiellement des polyarthralgies de type inflammatoire parfois associées avec un état fébrile. Comme dans de nombreux cas de maladies inflammatoires rhumatismales, c'est l'évolution qui permettra de trancher du point de vu diagnostic. Il a précisé qu'il ne connaissait pas l'évolution de cette patiente depuis le mois de mai 2001 puisqu'il ne l'avait plus revue et suggérait à l'OCAI de prendre contact avec le médecin-traitant. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement de type subjectives, avec la présence de polyarthralgies et d'une asthénie importante, l'examen clinique ne permettant pas de mettre en évidence d'inflammations articulaires, les amplitudes de mouvements étant tout à fait normales. Du fait de l'asthénie importante et des arthralgies, la capacité de travail de la patiente est certainement diminuée. Toutefois, les symptômes peuvent être variables et permettre une activité à temps partiel. Il lui était difficile de se prononcer sur l'aptitude au travail actuelle. Dans le contexte d'un travail à temps partiel, l'activité en tant que secrétaire est probablement adaptée à sa pathologie. Compte tenu d'une absence de diagnostic précis, il lui était très difficile de se prononcer sur le pronostic à long terme. L'OCAI a mandaté le Docteur F\_\_\_\_\_, pour expertise rhumatologique. Dans son rapport du 24 mai 2002, l'expert a posé le diagnostic de rhumatisme inflammatoire d'étiologie indéterminée. Dans son appréciation du cas, l'expert a déclaré que les examens de laboratoire réalisés chez le médecin-traitant depuis 1999 ont révélé à de nombreuses reprises un syndrome inflammatoire. Considérant les symptômes capricieux et fluctuants mais bien réels, la capacité de travail de l'assurée est de 50 % dans une activité professionnelle à plein temps, son activité de secrétaire apparaissant comme adaptée puisque légère et ne mettant pas à contribution ses articulations de façon répétitive. Il a relevé toutefois que dans les dossiers il était fait état à plusieurs reprises du diagnostic d'état dépressif. Du point de vue psychique, l'assurée évoque une tristesse, une fatigue chronique et des difficultés de concentration. Selon l'expert, une comorbidité psychiatrique aurait dès lors certainement une influence négative sur la capacité de travail, raison pour laquelle il laissait à l'appréciation de l'OCAI la nécessité de présenter cette patiente à un spécialiste en psychiatrie. Il a précisé que la capacité de travail avait subi une réduction de 25 % au moins dès le 16 septembre 1999, que divers arrêts de travail avaient été octroyés entre le 16 septembre 1999 et 2 mars 2001, à des taux variant de 50 à 100 %, avec un arrêt de travail définitif dès le 2 mars 2001. Le pronostic de la capacité de travail était réservé, compte tenu de l'importance de la

symptomatologie douloureuse, du rhumatisme inflammatoire entraînant des symptômes fluctuants et capricieux (cf. pièce n° 15 fourre 3 dossier OCAI). L'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Docteur B\_\_\_\_\_ qui a posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne réactionnelle, F32.1 (cf. rapport d'expertise du 20 décembre 2002, pièce n° 20, fourre 3 dossier OCAI). Il a constaté que l'assurée présentait une thymie triste, une diminution de la concentration et de l'attention, une perte de confiance et de l'estime de soi et qu'elle pleurait beaucoup. La recourante a perdu l'espoir d'être à nouveau en bonne santé, elle est très fatigable, a moins d'intérêt et de plaisir dans la vie. Elle ne présente en revanche pas de problème de sommeil ou de l'appétit, ni d'agoraphobie, ni d'anxiété ou de trouble psychosensoriel. Dans son appréciation du cas, l'expert s'est référé à la directive 1029 de la LAI, selon laquelle les troubles psychogènes qui expriment un vécu non assimilé ne sont pas obligatoirement synonymes d'invalidité. Selon l'expert, il est normal que l'assurée présente une tristesse, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi suite aux douleurs dont elle se plaint. Il n'avait pas d'élément pour penser que les troubles physiques présentées pas l'assuré avaient une origine psychique et a conclu à l'absence d'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors.

## E. 5

La recourante soutient que l'expertise psychiatrique du Docteur B\_\_\_\_\_ ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une valeur probante. En effet, l'expert, après avoir constaté l'existence d'une comorbidité psychiatrique n'a pas discuté, sur la base des éléments concrets, le caractère exigible de la reprise d'activité lucrative aux taux retenu par l'expert rhumatologue. Il a manifestement considéré, à tort, que l'affection rhumatologique dont elle souffre n'avait pas de caractère durable. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient 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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss. et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.). A cet égard, 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 qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER 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 trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.). Le Tribunal de céans constate en l'occurrence qu'après avoir posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne réactionnel, l'expert s'est livré à une appréciation du cas pour le moins succincte ; il s'est borné à déclarer qu'il n'avait pas d'élément pour penser que les troubles physiques présentés par l'assurée avaient une origine psychique, que le pronostic était directement lié à l'évolution de la problématique physique avant de conclure, sans autre explication, qu'il n'y avait aucune limitation du point de vue psychique. Le Docteur B\_\_\_\_\_ n'a pas discuté la question, pourtant essentielle, de savoir quelle était l'incidence du trouble dépressif moyen présenté par la recourante sur l'exigibilité d'une capacité de travail de 50 % retenue du point de vue rhumatologique, étant rappelé que l'assurée souffre depuis 1999 d'une maladie inflammatoire dont le diagnostic précis n'a pu encore être posé. Il semble également considérer « qu'il est normal que l'expertisée présente une tristesse, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi suite aux douleurs dont elle se plaint ». Or, il est déterminant de savoir, précisément, si l'on peut raisonnablement exiger de la recourante, du point de vue psychique, qu'elle surmonte ses douleurs et exerce une activité lucrative et, le cas échéant, dans quelle mesure. 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 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). L'expertise est à cet égard lacunaire. Enfin et surtout, l'expert s'est livré à une analyse juridique des troubles psychogènes, en se référant aux directives de l'OFAS. Or, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a à maintes reprises répété, le rôle de l'expert est de poser un diagnostic précis, de déterminer la capacité de travail de l'expertisé, mais en aucun cas de se prononcer en droit. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que cette expertise ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante et qu'elle ne lui permet pas de se déterminer sur la répercussion des troubles présentés par l'assurée sur sa capacité de travail. Il sied de rappeler au surplus que la détermination du degré d'invalidité, en application de l'article 27bis RAI, doit se faire conformément aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière. Il incombera à l'intimé de s'y référer. Le recours sera en conséquence admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique et rende une décision motivée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.