

GE_GERICHTE ATAS/1017/2011 vom 19. Oktober 1995

GE Cour de justice, 1995-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1017_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1017/2011 du 19 octobre 1995

IT: GE_GERICHTE ATAS/1017/2011 del 19 ottobre 1995

Erwägungen

E. 1

Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

E. 4

Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité sous la forme d'une rente.

A/1701/2010 - 13/19 -

E. 5

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 (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 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

(art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 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 (cf. art. 28 al. 1 aLAI, teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI, nouvelle teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou lorsqu'il a présenté, en moyenne une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA ; cf. art. 29 al. 1 aLAI, teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision AI), 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).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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

A/1701/2010 - 14/19 - 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 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. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). c) Concernant la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également

en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). » d) Au sujet 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position

A/1701/2010 - 15/19 - différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit 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 exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où elles satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATFA non publié du 27 juillet 2010, 9C_104/2010, consid. 3.2.1 ; ATFA non publié du 6 juillet 2009, 9C_204/2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la

personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse

A/1701/2010 - 16/19 - comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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).

E. 7

En l'espèce, conformément aux considérants de l'arrêt du TCAS du 11 février 2009 (ATAS/147/2009), l'OAI a confié l'expertise rhumatologique et psychiatrique aux Drs E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Dans leur rapport, ces derniers relèvent que les examens, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, n'ont pas permis d'expliquer rationnellement les plaintes de la recourante. Il y a donc discordance entre le subjectif et l'objectif. La lombalgie chronique sur troubles trophostatiques de la post ménopause et la fibromyalgie ne justifient aucunement une incapacité de travail. De plus, sur le plan psychique, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni état psychique cristallisé ne sont présents, de sorte que les critères diagnostics d'un trouble somatoforme invalidant ne sont pas remplis. Par conséquent, seul le diagnostic de dysthymie est retenu. Ce dernier n'étant pas une maladie psychiatrique invalidante, la capacité de travail de la recourante est complète. Les Drs E_____ et F_____ concluent leur expertise en mentionnant que la recourante s'est installée dans un rôle d'invalidé dont elle ne veut pas sortir. Elle met en avant divers symptômes subjectifs, lesquels présentent pourtant d'importantes incohérences avec les éléments objectivables lors de l'examen psychiatrique. Par conséquent, ils estiment que l'effort à surmonter ses quelques symptômes psychiques associés à sa dysthymie reste raisonnablement exigible de la part de la recourante. En ce qui concerne l'expertise des Drs E_____ et F_____, il sied de préciser que, après un résumé médical complet du dossier depuis la première demande de prestation AI en 1994, il est fait mention d'une anamnèse détaillée du cas, notamment sur le plan familial, social, professionnel et systémique ainsi que des antécédents personnels. L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'expertisée tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Sur l'état objectif, les experts ont décrit le status clinique, le status psychique, ont procédé à un examen

A/1701/2010 - 17/19 - neurologique. Examinant les atteintes à la santé dont souffre la recourante, les experts posent des diagnostics clairs et répondent de façon précise aux questions soulevées aussi bien sur les limitations fonctionnelles que sur la capacité de travail de la recourante. Ils concluent à ce que la recourante bénéficie d'une capacité de travail complète, sans limitation ni diminution de rendement.

E. 8

La recourante conteste toute valeur probante à l'expertise des Drs E _____ et F _____, lui reprochant notamment le déroulement de l'entretien, des erreurs sur les faits retenus et une mauvaise appréciation de son cas. De plus, elle s'oppose au diagnostic retenu sur le plan psychique, à savoir une dysthymie, et conclut, à l'instar de son médecin psychiatre traitant, le Dr. D _____, à la présence de deux troubles psychiques invalidants et chroniques, à savoir un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux généralisé, qui ont pour conséquence une incapacité de travail complète avec un pronostic de récupération quasi nul. Tel n'est pas l'avis de la Cour de céans. En effet, il est manifeste que le rapport d'expertise des Drs E _____ et F _____ a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont dûment motivées. Cette expertise est convaincante et répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Les éventuels malentendus au sujet du nombre de trajets effectués à destination du Portugal en car par la recourante ou encore le type de sortie qu'elle pratique ne sont d'aucune pertinence au regard de la présente demande de prestation AI. Interpellé par la Cour de céans, le Dr. E _____, dans un rapport complémentaire du 3 février 2011, confirme son diagnostic relatif à l'existence d'une dysthymie depuis l'âge de 29 ans et réfute un état dépressif d'intensité moyenne tel que retenu par le Dr. D _____ au motif des incohérences entre les déclarations subjectives de la recourante et les éléments objectivables. Par ailleurs, il souligne la contradiction quant à la démarche du Dr. D _____, lequel limite la posologie de manière minimale, d'une part, et estime le nombre de consultations psychothérapeutiques à raison d'une fois par mois comme suffisant, d'autre part, alors qu'il diagnostique un épisode dépressif d'intensité moyenne. Les enquêtes effectuées par la Cour de céans ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, les déclarations du Dr. D _____ n'ont apporté aucun élément pertinent nouveau puisqu'elles se basaient principalement sur les déclarations subjectives de la recourante et non sur un status psychiatrique détaillé. Ce même reproche a été formulé par le Dr. E _____ ainsi que par le SMR. Quant aux membres de la famille, ils n'ont que pu décrire le déroulement de

A/1701/2010 - 18/19 - la vie quotidienne de la recourante, sans apporter d'élément pertinent à la présente procédure. La Cour de céans se ralliera donc aux conclusions de l'expertise, à savoir que la recourante ne présente aucune maladie somatique et/ou psychique invalidante, de sorte que sa capacité de travail est totale, sans limitation ni diminution de rendement.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

E. 10

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'occurrence, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à la perception d'un émolument.

A/1701/2010 - 19/19 - 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.