GE_GERICHTE ATAS/1172/2008 vom 16. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1172_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1172/2008 du 16 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1172/2008 del 16 ottobre 2008

Erwägungen

E. 16

Par recours du 7 mai 2008, la recourante a estimé qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente complète d'invalidité vu ses douleurs multiples l'entravant dans son quotidien, en particulier ses douleurs dorsales et céphaliques. Elle a ajouté souffrir d'une fatigue récurrente lui faisant perdre l'essentiel de ses forces motrices et nerveuses.

E. 17

Dans ses observations du 3 juin 2008, l'OCAI a persisté dans sa position et conclu au rejet du recours.

E. 18

La cause a été gardée à juger le 16 juin 2008.

EN DROIT 1. Conformément à l'article 56 V 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'art. 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. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de la déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde un principe, pour apprécier une cause, sur l'état de faits réalisés à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

A/1599/2008 - 6/10 - En l'espèce, la décision litigieuse, du 3 avril 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances sociales genevois (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. a) 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu un 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 quelle activité 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf disposition contraire 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 faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi, n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devraient statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

A/1599/2008 - 7/10 - Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 lettre 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. 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'adresser certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ses avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitant, 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/bb et cc). e) 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 ses

 appréciations, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; KOLZ/HANER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition, p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; GYGI ; Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 4. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a droit à une rente de l'assurance-invalidité. En particulier, il s'agit de déterminer si celle-ci souffre d'une atteinte invalidante à sa santé physique, ce que l'OCAI conteste. 5. La recourante se prévaut de l'avis de son médecin-traitant, qui n'est au demeurant pas rhumatologue, selon lequel elle ne conserverait plus qu'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de ménagère en raison des lombosciatalgies récidivantes dans un contexte de hernie discale diagnostiquée au mois de juillet 2004. Elle allègue en outre des douleurs céphaliques auxquelles s'ajoute une fatigue récurrente lui faisant perdre l'essentiel de ses forces, atteintes justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ce dont le médecin-traitant pourrait attester. Contrairement au médecin-traitant, le Dr A_____, y compris le SMR par le biais de la Dresse C_____, sont d'avis qu'il n'y a aucune atteinte entraînant une incapacité de travail. Aucun diagnostic sur le plan ostéo-articulaire n'a été retenu en l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative et de déficit neurologique. Admettant les lombosciatalgies gauches dans un contexte de hernie discale L4-5 et de trouble dégénératif postérieur étagé, l'expert considère cependant que les épisodes de lombosciatalgies ne sont que temporaires, qui plus est favorisés par les différentes grossesses de la recourante. D'autre part, l'expert relève que la majorité des épisodes de lombosciatalgies en relation avec l'hernie discale ont évolué favorablement ensuite du traitement conservateur de sorte qu'il était difficilement acceptable de suivre l'avis médical du médecin-traitant qui se prononçait en faveur d'une incapacité de travail totale et en continu durant 3 ans. L'expert s'est d'ailleurs étonné du fait que malgré les fréquentes décompensations hyperalgiques annoncées par la recourante celle-ci n'avait bénéficié d'aucune consultation neurologique ni de nouvel avis neurochirurgical. L'expert fait encore observer qu'il existe une discordance entre la sciatalgie décrite par la recourante et les constatations objectives de l'examen clinique tout comme il existe une discordance entre les douleurs annoncées par la recourante et sa capacité à assurer les tâches ménagères. Le Tribunal de céans ne peut que suivre les conclusions de l'expert qui a examiné la recourante et considère qu'elle présente une capacité de

 travail de 100% dans son activité habituelle de ménagère et dans toute autre activité adaptée. Il convient à cet égard de relever que l'examen neurologique a une pleine valeur probante dans la mesure où il remplit tous les critères jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître cette qualité. Certes, elle est contredite par l'appréciation médicale du médecin-traitant de la recourante, la Dresse A_____. Cependant, étant le médecin-traitant, son avis est de moins d'importance que les constatations faites par des spécialistes dès lors que les médecins-traitants sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient. Ceci étant, c'est le lieu de souligner que le médecin-traitant a constaté une amélioration de l'état de santé de la recourante à distance du quatrième accouchement lui permettant de soutenir un pronostic grandement favorable. En conséquence, au vu du traitement médicamenteux peu conséquent suivi par la recourante, du fait également qu'un examen neurologique ne s'est pas révélé nécessaire, le Tribunal de céans ne peut que constater que c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à des prestations à la recourante, celle-ci ne réalisant pas les conditions pour l'octroi de telles prestations, en particulier celles de l'incapacité de travail durable. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 7. 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 sociales genevois (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

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