

GE_GERICHTE ATAS/1207/2008 vom 28. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1207_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1207/2008 du 28 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1207/2008 del 28 ottobre 2008

Erwägungen

E. 16

La réponse a, en date du 26 juin 2008, été transmise à la recourante et la cause gardée à juger.

EN DROIT 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) qui sont 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

A/1704/2008 - 7/13 - 4. La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a, par décision du 15 avril 2008, octroyé une demi-rente d'invalidité à la recourante et non une rente entière. Il y aura lieu de déterminer la valeur probante des pièces médicales fondant la décision de l'OCAI. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 être 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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. 8 LPGA, on doit mentionner - à

part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-

A/1704/2008 - 8/13 - rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 6. 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 la description 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En ce qui concerne 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 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; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du TFA, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que

d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

A/1704/2008 - 9/13 - Enfin, 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungs- rechtspflege*, 2e éd., 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 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 7. En l'espèce, l'expert du SMR, le Dr C _____, pose le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, de trouble anxieux dépressif mixte réactionnel à une situation stressante au travail (F 41.2). La tentative de suicide médicamenteuse grave en 1985 a, quant à elle, été retenue comme diagnostic n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Cet expert constate, d'une part, qu'en décembre 2003, la recourante a été mise en arrêt de travail par ses médecins traitants en raison d'une dépression qui s'est déclenchée suite à une surcharge professionnelle importante et un environnement professionnel conflictuel et d'autre part, que la recourante a toujours été motivée pour aider les personnes en difficulté dans le cadre de son activité professionnelle à l'Office cantonal de l'emploi. La recourante est en pleurs durant la quasi-totalité de l'entretien. Ces crises quotidiennes de pleurs peuvent durer plus d'une heure, crises durant lesquelles elle perd la capacité d'éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables. L'expert considère que le trouble dépressivo-anxieux dont souffre la recourante est un état réactionnel de moindre gravité, attendu que les symptômes ne surviennent que lorsqu'elle se rappelle la situation conflictuelle et son insuffisance au travail. Son état serait, selon lui, étroitement lié avec son travail, qu'elle a surinvesti émotionnellement et où elle n'a plus été capable de se délimiter émotionnellement des clients en détresse. Comme la recourante a toujours des crises de pleurs trois ans après son arrêt de travail, il conclut qu'il existe des limites fonctionnelles psychiatriques incapacitantes de façon durable pour l'exercice de l'activité actuelle, toutefois, la

A/1704/2008 - 10/13 - recourante aurait une capacité de travail de 100% dans une profession qui ne la mettrait pas en relation avec des clients se trouvant dans une situation de détresse. 8. Le Tribunal de céans constate des contradictions dans le rapport d'expertise du SMR. En effet, l'expert remarque que la recourante a arrêté de travailler en décembre 2003 en raison notamment de l'organisation déficiente du service et d'une surcharge importante de travail et qu'elle aime particulièrement s'occuper des personnes en détresse, ayant continué à le faire encore bien après le début de son arrêt de travail. On ne comprend ainsi pas pour quelle raison la recourante pourrait, selon lui, posséder une pleine capacité de travail dans une activité sans contact avec des personnes en difficulté, alors même qu'il apparaît que c'est précisément la raison pour laquelle elle aimait son travail. Il ne ressort

d'ailleurs à aucun moment des constatations de l'expert que l'état de santé de la recourante serait la conséquence des pressions engendrées par le contact avec les personnes en difficulté. Cette contradiction entre les constatations de l'expert et ses conclusions, qui ne sont que très peu motivées, ne s'explique pas. Certes, il indique que la recourante n'arriverait plus à se délimiter émotionnellement de ses clients en détresse, ce qui l'amène à dire que les limitations fonctionnelles, soit les crises journalières de pleurs, ne lui permettraient plus d'exercer son activité habituelle. Toutefois, il s'agit manifestement d'une appréciation personnelle de la situation. 9. Quant au Dr B_____, il constate, comme l'expert du SMR, que c'est bien suite à une surcharge de travail aggravée par un changement de direction et par le remplacement de trois collègues par la recourante, engendrant un état d'épuisement, que cette dernière a arrêté de travailler pour cause de dépression grave. Dans un premier temps, un transfert dans un autre service avait été sollicité, toutefois, cette possibilité avait dû être écartée par la suite, l'état de santé de la recourante n'allant pas en s'améliorant, mais en se chronicisant. En effet, au mois de mai 2007, il évoque toujours le même tableau clinique qu'en avril 2005, avec des pleurs qui surviennent toujours quotidiennement notamment en raison de son humeur dépressive et de son anxiété généralisée. Par ailleurs, le service de réadaptation professionnelle a confirmé que la recourante avait été mise en arrêt de travail à partir de décembre 2003 en raison d'une surcharge de travail et a constaté que la recourante était apparue très fragilisée lors de leur entretien, incapable de se projeter dans un avenir professionnel, de sorte qu'il avait été considéré qu'elle n'était pas apte à entreprendre des mesures professionnelles en raison de son état de santé. Tant le médecin traitant que le service de réadaptation arrivent à la même conclusion, soit que la recourante n'est pas capable de travailler en raison de son état de santé.

A/1704/2008 - 11/13 - Pour ce qui est du médecin-conseil de l'employeur de la recourante qui rejoindrait l'avis du Dr B_____ concernant son inaptitude à travailler en raison de son état de santé psychique, son avis n'est pas pertinent. En effet, les critères pour déterminer si des prestations provisoires d'invalidité sont versées par la CIA sont moins strictes que celles prises en considération dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. (art. 31 Statuts de la CIA et art. 12 du Règlement général) 10. Le Tribunal de céans constate que les médecins sont d'accord sur le fait que la recourante ne peut plus exercer son activité précédente. Toutefois, leurs appréciations divergent fondamentalement en ce qui concerne les conséquences de l'état de santé psychique sur la capacité de travail exigible dans le cadre d'une autre activité. Certes, l'avis du médecin traitant est à prendre avec une certaine retenue, attendu que selon la jurisprudence, il est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, l'avis cohérent du Dr B_____ fait clairement douter de la valeur probante du rapport d'expertise du SMR qui au demeurant comporte des contradictions et une motivation déficiente, de sorte qu'il est impossible d'en tirer des conclusions définitives dans le cas d'espèce. L'expert qualifie d'une part le trouble dont souffre la recourante d'état réactionnel de moindre gravité, mais d'autre part relève qu'elle a encore des crises de pleurs trois ans après l'arrêt de travail. Il en conclut qu'elle est capable de travailler à 100%, mais seulement dans une profession dans laquelle elle ne serait pas en relation avec des clients en détresse. Aussi non seulement l'expert fournit-il une conclusion dont on ne comprend pas sur quels éléments elle est fondée, mais encore ne répond-il pas clairement à la question de savoir si la recourante présente un épisode dépressif transitoire ou un trouble affectif grave. Partant,

une instruction complémentaire s'impose. 11. En conséquence, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, qui devra être rendue par un médecin psychiatre externe à l'OCAI, puis rende une nouvelle décision. 12. Enfin, 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 A/1704/2008 - 12/13 - relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/1704/2008 - 13/13 -

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