

GE_GERICHTE ATAS/1292/2010 vom 14. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1292_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1292/2010 du 14 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1292/2010 del 14 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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).

E. 2

En l'espèce, l'assurée a présenté une demande de prestations en 2006, faisant valoir une atteinte à la santé datant de 2002, l'objet du litige porte donc sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès 2005. 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 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), mais non

A/2937/2010 - 6/10 - pas celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 3

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 mai 2010 qui a été confirmé par la décision du 28 juillet 2010 contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 7 octobre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, sous réserve éventuellement d'une motivation un peu lacunaire, devant l'autorité compétente, le recours sera déclaré recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

a) 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). b) Selon l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. c) Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si

A/2937/2010 - 7/10 - l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). 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'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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

A/2937/2010 - 8/10 - 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 5

Dans le cas d'espèce, l'expertise diligentée par l'OAI répond suffisamment aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, sous une réserve indiquée plus bas. Elle retient que l'assurée ne présente pas de diagnostic psychiatrique invalidant, l'épisode dépressif étant en rémission complète. Cet avis n'est en fait pas contradictoire avec ceux des médecins traitants de l'assurée de 2008 et 2010. Selon l'un d'eux, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Selon l'autre, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et une dysthymie. Ainsi, l'expert et les médecins traitants estiment que l'assurée présentait un trouble dépressif, léger en 2008, en rémission depuis 2009, l'affection étant limitée à une dysthymie depuis lors. Le désaccord entre expert et médecins traitants porte sur les conséquences de cette dépression légère sur la capacité de travail de l'assurée, entière selon l'expert, qui estime que la dysthymie n'est pas invalidante, réduite à 50% selon les médecins traitants. D'une part, le Tribunal doit tenir compte du fait que le médecin traitant est naturellement empathique, ce qui limite la valeur probante de son avis. D'autre part, la motivation de la limitation de la capacité de travail est autant liée à l'âge de l'assurée, à son absence d'activité durant près de 30 ans et à son souhait de se consacrer aux arts, qui ne sont pas des motifs relevant de l'assurance invalidité, qu'aux symptômes liés à son état thymique (fatigue, tristesse, etc.). Le Tribunal retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base de l'expertise et de l'avis des médecins traitants, que l'assurée ne présente pas, depuis fin 2008 en tout cas, d'affection psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail. L'assurée ne peut donc pas prétendre à des prestations d'invalidité pour la période postérieure, sauf aggravation ultérieure, qui ne fait pas l'objet de cette cause. Les autres facteurs invoqués rendent certes difficile un retour sur le marché de l'emploi de l'assurée, qui a vraisemblablement besoin d'une remise à niveau pour trouver un emploi, cette tâche incombant, le cas échéant, aux organismes du chômage. La demande a été déposée en 2006, mais le suivi documenté débute en février 2007 seulement. L'avis médical d'août 2007 ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais décrit un état dépressif plus sévère que celui exposé en 2008. Le rapport de mai 2008 fait état d'une amélioration et diagnostique désormais et après une récente amélioration, un état dépressif léger. Il est donc possible que l'état dépressif de l'assurée ait été plus grave de 2005 à 2008, compte tenu de l'amélioration constatée dans le rapport de 2008. Ce fait n'est pas suffisamment instruit par l'expert, qui admet toutefois que l'état dépressif est en rémission ce qui implique qu'elle n'exclut pas que la dépression ait justifié une incapacité de travail antérieurement. Pour cette

A/2937/2010 - 9/10 - période et à défaut de suivi médical documenté, rien ne permet d'établir en l'état si l'état dépressif était ou non plus grave, ou qu'il le serait resté, malgré une prise en charge médicale adéquate. Il convient donc que l'OAI instruisse plus précisément ce fait, en interrogeant le médecin traitant de l'assurée de 2005 à 2008, puis en procédant, le cas échéant, à un complément d'expertise.

E. 6

Le recours est partiellement admis au sens des considérants. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté 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'assurance-invalidité 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 200 fr.

A/2937/2010 - 10/10 -

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