

GE_GERICHTE ATAS/130/2024 vom 29. Februar 2024

GE Cour de justice, 2024-02-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_130_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/130/2024 du 29 février 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/130/2024 del 29 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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.

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 4

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

A/4277/2022 - 5/14 - En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée en avril 2020 et la recourante a été durablement en arrêt maladie dès 2019, de sorte que son éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1er janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI) et que les dispositions applicables sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 5.1

Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 5.1.1

La recourante a fait valoir qu'un statut d'active devait lui être reconnu.

E. 5.1.2

L'intimé a fait valoir que le seul fait que la recourante se soit inscrite à l'assurance-chômage à 100% n'était pas suffisant pour modifier son statut, car aucune recherche d'emploi à temps complet n'avait été produite suite à la demande de l'assurée du 4 novembre 2021. De plus, il ne ressortait pas de son compte individuel qu'elle aurait travaillé par périodes à temps plein.

E. 5.2

Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 5.3

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

E. 5.4

Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

E. 5.5

Les plaintes sont-elles objectivées ?

E. 5.6

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert,

A/4277/2022 - 12/14 - allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

E. 5.7

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

E. 6

Il en résulte que le grief de la recourante portant sur la nécessité d'une enquête à domicile sur les empêchements dans les travaux ménagers n'a pas à être examiné, cette question n'étant pas pertinente pour établir le taux d'invalidité dans le cadre d'un statut d'active.

E. 6.1

Dans l'activité habituelle,

E. 6.2

Dans une activité adaptée.

E. 6.3

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant

des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

E. 6.4

Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

E. 7

Traitement

E. 7.1

Effectuer un dosage des médicaments psychotropes afin d'évaluer la compliance/efficacité thérapeutique.

E. 7.1.1

La recourante a encore fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré à partir du 18 novembre 2020 et a contesté la valeur probante du rapport du Dr C_____.

E. 7.1.2

Pour l'intimé, l'expertise du Dr C_____ était probante. Celui-ci avait pris de soin de s'entretenir avec le Dr F_____ et avait expliqué de manière

A/4277/2022 - 7/14 - circonstanciée les raisons pour lesquelles la reprise de travail à 100% en novembre 2020 était cohérente avec les résultats de l'examen. Il avait également précisé que la recourante assumait toutes ses tâches ménagères sans aucune aide. L'amélioration de l'état de santé était dûment motivée et le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) relevait également que le médecin psychiatre de l'assurée avait décrit dans son rapport du 16 avril 2021 une amélioration clinique depuis son précédent rapport du 22 octobre 2020. Son estimation de la capacité de travail de la patiente n'était donc que l'appréciation différente d'une situation similaire à celle prise en compte par l'expert C_____.

E. 7.2

Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

E. 7.2.1

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 7.2.2

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 LPG), 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

A/4277/2022 - 8/14 - 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait

remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/4277/2022 - 9/14 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 7.3

L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance

E. 7.4

Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

E. 7.5

Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

E. 7.6

Nécessitent-ils un traitement neuroleptique ?

E. 7.7

Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?

E. 8

Ressources

E. 8.1

De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

E. 8.2

Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

A/4277/2022 - 13/14 -

E. 8.3

Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?

E. 8.4

Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

E. 9

Capacité de travail

E. 9.1

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent : a) dans l'activité habituelle,
b) dans une activité adaptée.

E. 9.2

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.

E. 9.3

Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

E. 9.4

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 9.5

Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

E. 9.6

Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

E. 9.7

Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?

E. 10

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 10.1

Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr C_____ dans ses rapports des 25 mai 2020 et 11 décembre 2020 ? pour quels motifs ?

E. 10.2

Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr F_____ des 21 octobre 2020, 16 avril et 12 août 2021 ? pour quels motifs ?

E. 10.3

Êtes-vous d'accord avec le rapport établi le 19 février 2021 par les Drs G_____ et H_____ ?

E. 11

Faire toute remarque utile et proposition utile. 5. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

A/4277/2022 - 14/14 - 6. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

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