

GE_GERICHTE ATAS/1415/2008 vom 27. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1415_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1415/2008 du 27 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1415/2008 del 27 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ).

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000, ci-après : LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante est invalide dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente et, le cas échéant, depuis quelle date. Plus particulièrement, il y a lieu d'examiner à quel moment celle-ci a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de quarante pour cent au moins, pendant une

A/1816/2008 - 8/15 - année, sans interruption notable (art. 29 al. 1 lettre b LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007).

E. 4

Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4).

E. 5

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). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est compris 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 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

E. 5.1

Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à 3 quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 29 al. 1 lettre a LAI) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 lettre b LAI). L'existence d'une incapacité de gain durable doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007).

E. 5.2

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à

A/1816/2008 - 9/15 - des prestations d'assurance (ATF 118 V 82 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 149 consid. 2a).

E. 6

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATF du 21 août 2007, I 797/06, consid. 4). La limitation concrète de la capacité de travail résultant de l'empêchement est déterminante pour fixer le degré de l'incapacité de travail; elle s'apprécie sur la base de constatations médicales (RAMA 1987 No U 27 p. 394, consid. 2b; ATA/262/2001). 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

E. 7

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En outre, 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. Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

E. 8

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des

A/1816/2008 - 10/15 - assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires 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 fait 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 9

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, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 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). On précisera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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 p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), 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 pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

E. 10

A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du docteur O_____ du 22 janvier 2008, concluant à l'existence d'une incapacité de travailler de 40% au moins entre décembre 2006 et août 2007, l'assurée ne présentant plus d'empêchement d'ordre médical à partir du 1er septembre 2007.

A/1816/2008 - 11/15 - Dans le cas particulier, on doit constater que cette expertise répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 7). L'expert a en effet explicité de façon circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles il a retenu que l'assurée était à nouveau apte à travailler à 100% dès le 1er septembre 2007. Le docteur O_____ a dûment indiqué les motifs pour lesquels il avait écarté les diagnostics de personnalité histrionique et de trouble dépressif récurrent retenus par la doctoresse L_____, compte tenu en particulier des critères médicaux correspondants insuffisamment présent en l'occurrence (dramatisation réduite, patiente pas facilement influençable par autrui ou par les circonstances, pas d'affectivité superficielle ou labile, pas de comportement de séduction inapproprié, d'une part ; épisode unique, faute d'intervalle libre de toute symptomatologie dépressive d'au moins 2 mois, pas de diminution marquée de la capacité de plaisir, ni diminution d'énergie à l'analyse du déroulement du quotidien, d'autre part : cf. expertise, pp. 8 ss). Il a également retenu à juste titre que l'assurée ne présentait plus de pathologie dépressive dès septembre 2007, cette dernière ayant admis que son état de santé s'était amélioré depuis cette date, compte tenu notamment de l'augmentation du traitement antidépresseur d'Efexor®, - amélioration que le professeur N_____ avait d'ailleurs confirmée dans son rapport du 12 décembre 2007. A cela s'ajoute que les traits de personnalité histrionique présents étaient insuffisamment marqués pour être invalidants. Il en allait de même de l'anxiété généralisée présentée par l'assurée, dès lors que celle-ci n'était pas à l'origine d'une déstructuration psychique. La doctoresse L_____ est d'ailleurs revenue sur les diagnostics en cause (qu'elle n'avait au demeurant pas étayés), pour retenir un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (au lieu d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique), ainsi que des traits histrionique (au lieu d'une personnalité histrionique) (certificat du 21 mai 2008). Pour le surplus, tant la doctoresse L_____ que le docteur N_____ n'ont pas motivé leur estimation, selon laquelle le taux d'incapacité de travail serait toujours de 50% depuis le 1er septembre 2007, respectivement de 30% depuis le 1er mai 2008. Le docteur N_____ s'est du reste uniquement limité à reprendre, dans son certificat du 21 mai 2008, le taux retenu par sa consœur (50%), se bornant à estimer sans autre explication, que ce dernier taux avait été « bien évalué ». Or, dans son rapport précédent du 12 décembre 2007, ce praticien avait pourtant constaté que l'état de santé de sa patiente, dont la capacité de travail avait été de 50% depuis la mi-mai 2007, s'était amélioré, ce qui aurait normalement dû entraîner une augmentation correspondante de la capacité de travail. A cela s'ajoute que l'estimation de la doctoresse L_____ se fonde en grande partie sur les indications subjectives (non vérifiées) de sa patiente, qui ne se sent pas en mesure d'accepter un travail à 100%, si bien que, pour ce motif également, elle ne saurait emporter la conviction (cf. VSI 2002/2, p. 67). A cet égard, on rappellera que

compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs,

A/1816/2008 - 12/15 - les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle) (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2). En outre, les conclusions de ces deux médecins apparaissent contradictoires, le docteur N_____ retenant que l'état anxio-dépressif de la patiente semblait s'être accentué (certificat du 21 mai 2008), alors que, dans son rapport du même jour, la doctoresse L_____ a estimé que la capacité de travail était passée de 50% à 70% dès le 1er mai 2008. Enfin, on rappellera que, selon la jurisprudence, il convient en principe d'évaluer avec circonspection l'avis du médecin traitant relatif à la capacité de travail, ce dernier étant 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 précité).

E. 11

En toute hypothèse, et contrairement à ce qu'aurait voulu la recourante, le dossier ne fait ressortir aucun élément psychique invalidant, « sous l'angle des conditions jurisprudentielles » (cf. observations du 7 avril 2008, p. 3). En effet, la présence d'une éventuelle atteinte psychique ayant valeur de maladie – tel en particulier le trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et les troubles mixtes de la personnalité retenus par la doctoresse L_____ – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 ss.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA du 21 avril 2004 précité, consid. 3.3.2 ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les

A/1816/2008 - 13/15 - manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65,

consid. 4). 14.1 En l'occurrence, supposé avéré, le trouble dépressif moyen avec syndrome somatique retenu par la doctoresse L_____ ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée au sens de la jurisprudence précitée. En effet, selon le rapport d'expertise, l'assurée ne présentait plus, dès septembre 2007, de symptomatologie dépressive compatible avec une entité nosographique d'une classification reconnue, dès lors que s'il existait une légère tristesse, celle-ci n'était pas permanente (rapport d'expertise, p. 9). Quant aux troubles mixtes de la personnalité, ils ne constituent pas non plus une comorbidité ayant valeur de maladie, dans la mesure où l'assurée souffre de ces troubles depuis son jeune âge, ce qui ne l'a pourtant pas empêché d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1). 14.2 Quant à la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles psychiques allégués, il convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques. Toutefois, aucun des rapports médicaux ne conclut à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (comp. ATFA du 19 septembre 2004, I 648/03, consid. 6.2) ; la recourante a du reste elle-même admis qu'une augmentation du traitement antidépresseur d'Efexor® avait permis d'améliorer son état de santé dès septembre 2007, étant par ailleurs rappelé qu'elle ne s'est pas soumise à une TCC, étant réfractaire à ce type de traitement. On relèvera également que l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives, dans la mesure où elle a exercé une activité à mi-temps depuis mai 2007, respectivement à 70% depuis le 1er mai 2008 (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2). Enfin, comme l'expert l'a constaté, elle ne subit pas non plus une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (ATAF du 10 juin 2008, C- 3118/2006, consid. 11.3). 14.3 Partant, il convient de retenir que les troubles psychiques diagnostiqués par la doctoresse L_____ ne se manifestent pas, en tout état, avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur à plein temps de la capacité de travail de la recourante ne pourrait plus être raisonnablement exigée d'elle. Il y a lieu d'admettre au contraire le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en

A/1816/2008 - 14/15 - vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail à plein temps.

E. 15

Les faits étant ainsi établis à satisfaction de droit, la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par la recourante, ne s'avère pas nécessaire (appréciation anticipée des preuves : ATF 124 V 94 consid. 4b ; supra, § 9).

E. 16

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu qu'au moment de la décision litigieuse, l'assurée n'avait pas présenté un empêchement de travailler de 40% en moyenne durant une année (mais uniquement de décembre 2006 à août 2007, soit 9 mois seulement).

E. 17

En tous les cas, et même en admettant que l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail au 1er janvier 2008 seulement (comme semble l'admettre le SMR dans son avis médical du 8 juillet 2008), au lieu du 1er septembre précédent, il n'apparaît pas davantage (cf. ci-dessus, § 8) que la recourante ait subi une incapacité de travail et de gain (durable) pendant une année au moins, comme le requièrent les art. 29 al. 1 lit b LAI et 29 RAI, dans

leur teneur en vigueur au 31 décembre 2007 (cf. ATF du 25 octobre 2006, I 632/05, consid. 4.1 ; voir aussi, dans ce sens; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édition 2008, n° 1030, dont le contenu est repris dans le mémoire de recours, p. 10).

E. 18

Partant, le recours est mal fondé.

E. 19

Succombant, la recourante devra payer un émolument pour les frais de justice, fixé en l'occurrence à Fr. 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1816/2008 - 15/15 -

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