

# **GE\_GERICHTE ATAS/1436/2009 vom 12. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1436\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1436_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1436/2009 du 12 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1436/2009 del 12 novembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

A/1049/2009 - 6/11 - moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse 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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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). Par ailleurs, 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), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 4**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité

#### **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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité

A/1049/2009 - 7/11 - fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

#### **E. 6**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - 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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

#### **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 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 et les références). b) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.);

A/1049/2009 - 8/11 - MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). c) Au sujet des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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). e) L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

A/1049/2009 - 9/11 - 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). Lorsqu'il apparaît que l'existence de l'atteinte à la santé doit être attribuée à des problèmes d'ordre familial, professionnel et socio-culturel, elle ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité, à moins que ne soit mis en évidence un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de manière importante. Le TFA a ainsi estimé que lorsque le tableau clinique comporte des éléments convaincants autres que les facteurs socio-culturels, comme un trouble dépressif et de probables symptômes de conversion, par exemple, et qu'il ressort en termes clairs de l'expertise que la diminution de la capacité de travail s'explique par le seul diagnostic médical, il se justifie de retenir l'incapacité de travail en suivant l'avis de l'expert psychiatre quelles que soient en définitive les causes de l'atteinte à la santé psychique, dès lors que celle-ci entraîne une incapacité de travail indépendamment de son origine (ATF I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 5).

## E. 8

En l'espèce, la recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr N\_\_\_\_\_, dont les conclusions ne sont pas partagées par la Dresse L\_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation de la recourante pour les motifs suivants. Le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. En particulier, l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il a considéré que l'épisode dépressif survenu dans le contexte de difficultés psychosociales était désormais entièrement compensé et n'avait plus d'influence sur la capacité de travail : il n'a observé aucun trouble de la concentration, de l'attention, de la mémoire ou de la pensée; il a indiqué qu'il n'y avait pas non plus d'abaissement de l'humeur au sens de la CIM- 10, mais plutôt une certaine morosité et des fluctuations euthymiques; il a également exclu la présence d'une diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir, expliquant que l'assurée conservait divers intérêts et activités; l'expert a admis la présence d'une certaine perte de l'estime de soi, mais exclu l'existence d'une culpabilité excessive ou inappropriée, les pensées récurrentes de mort, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou la diminution de l'appétit, car bien que l'assurée affirme ne pas avoir d'appétit, une prise de poids importante

A/1049/2009 - 10/11 - (dix kilos) plaidait le contraire; un très léger ralentissement et quelques perturbations du sommeil ont été notées, mais plutôt dans le sens d'un décalage du rythme. Bien motivé, le rapport de l'expert doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il y a lieu de rappeler, au surplus, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant

pas réalisée en l'espèce. En effet, la Dresse Q\_\_\_\_\_ se contente, dans son rapport du 18 mars 2009, de préciser que la recourante est suivie par le programme dépression depuis octobre 2004 et qu'une prise en charge demeure nécessaire, sans se prononcer aucunement sur les symptômes qui lui permettent d'arriver à cette conclusion ou encore sur la capacité de travail de la patiente. Cet avis ne saurait dès lors justifier que l'on s'écarte des conclusions détaillées de l'expert. Il en va de même des derniers certificats produits. Il sied d'ailleurs de relever que celui établi par la Dresse Q\_\_\_\_\_ en date du 3 mars 2009, conclut même à une reprise du travail à plein temps à compter du 1er février 2009, reprise du travail confirmée pour le 1er mars 2009. Certes, le certificat médical établi en date du 30 mars 2009 par le Dr R\_\_\_\_\_ et concluant à un arrêt de travail à 100% à compter du 1er avril 2009 donne à penser que la Dresse Q\_\_\_\_\_ a commis une erreur mais il n'en demeure pas moins que, là encore, aucun élément n'est soulevé à l'appui de l'affirmation selon laquelle l'assurée serait totalement incapable de travailler qui permettrait de remettre en cause le rapport clair et probant de l'expert. On retiendra donc que, sur le plan psychique, la recourante a recouvré une capacité de travail entière dès le 11 août 2006, soit deux ans après le début de l'incapacité de travail. Force est cependant de constater que l'intimé a omis d'appliquer l'art. 88a al. 1 RAI, lequel prévoit que si la capacité de gain s'améliore au point de supprimer le droit aux prestations, ce changement doit avoir duré trois mois. En conséquence, le recours est très partiellement admis en ce sens que la suppression du droit à la rente est reportée au 30 novembre 2006. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus.

A/1049/2009 - 11/11 -

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