

GE_GERICHTE ATAS/1464/2009 vom 25. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1464_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1464/2009 du 25 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1464/2009 del 25 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

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.

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. 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 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 litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; 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). En l'espèce, la décision litigieuse, du 27 janvier 2009, 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 LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

A/658/2009 - 7/11 -

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, et recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit 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). 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. 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 déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

E. 6

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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les

A/658/2009 - 8/11 - rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in

Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). 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 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

E. 7

En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a présenté un zona ophtalmique en été 2006 ainsi qu'un état dépressif récurrent (cf. rapports des Dr M_____ et L_____). Selon le Dr M_____, ces affections ont entraîné une incapacité de travail de 50 % du 18 septembre 2006 au 27 décembre 2006, de 100 % du 28 janvier 2007 au 26 août 2007 et de 15 % dès le 27 août 2007. Le Tribunal de céans note cependant que

A/658/2009 - 9/11 - ce praticien a précisé dans son rapport que la profession habituelle pouvait être exercée à raison d'1 heure par jour, éventuellement 2 heures par jour dès février 2008, ce qui ne correspond pas à première vue à une incapacité de travail de 15 %. Le Dr N_____ a indiqué pour sa part en janvier 2008 que le trouble dépressif récurrent était en rémission partielle, mais que la patiente présentait une anxiété importante, des difficultés à faire face à des stress d'intensité faible et que la concentration et la mémoire étaient perturbées. Il ne s'est pas prononcé de façon détaillée sur la capacité de travail, mais il a conclu que les affections de la recourante expliquaient la difficulté à augmenter le taux d'activité, en particulier s'agissant de la composante algique. Le pronostic était alors extrêmement réservé. En revanche, dans son rapport du 11 juin 2008, il a relevé que la symptomatologie algique s'était amendée de façon significative, de même que le trouble dépressif. Il a conclu que la patiente était en mesure de travailler de 10 à 12 heures par semaine sans restriction, dès la rentrée d'août 2008, et qu'un horaire de 16 à 19 heures devrait être rapidement envisagé. Du point de vue neurologique, le Dr O_____ a conclu dans son rapport du 3 juin 2009 que l'on pouvait exiger de la recourante une activité à 100 % pour l'année 2008-2009. Le SMR considère pour sa part que la recourante présente une capacité de travail de 100% depuis janvier 2008, dès lors que du point de vue neurologique, le Dr L_____ signale en juin 2007 non seulement une amélioration de son état quelques semaines avant la consultation, mais encore une absence d'élément neurologique pouvant justifier une incapacité de travail, et que le Dr O_____ considère dans son rapport de juin 2008 qu'elle est en mesure de travailler à 100%. Quant aux troubles dépressifs, la fin de l'état dépressif est à situer à la consultation médicale de

l'expert N_____ du 15 janvier 2008, dès lors qu'il est défini comme en rémission. Selon le SMR, la notion de rémission partielle n'existe pas dans la CIM-10, de sorte que la notion de rémission doit être acquise. Enfin, la personnalité dépendante n'est pas une notion susceptible de constituer une incapacité de travail, dans la mesure où la recourante a repris le travail. En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant à l'atteinte à la santé de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail. D'une part, on ne voit pas comment le SMR parvient à la conclusion que la capacité de travail de la recourante est de 100 % dès le mois de janvier 2008, tant du point de vue neurologique que psychique ; en effet, le Dr L_____ n'a vu la patiente qu'à une seule reprise en juin 2007, sans se prononcer sur la capacité de travail, et la patiente n'a pas été revue par un neurologue avant le mois de juin 2008. D'autre part, s'agissant de l'aspect psychique, le Dr N_____ n'a pas constaté une rémission totale du trouble dépressif, ni préconisé une reprise totale de travail en janvier 2008 ; il a

A/658/2009 - 10/11 - relevé au contraire les difficultés présentées par la recourante, notamment une anxiété importante, ce qui expliquait la difficulté à augmenter le taux de travail, en soulignant que le pronostic était réservé. Il apparaît dès lors hasardeux de conclure que la notion de rémission doit être tenue pour acquise à ce moment-là, sous prétexte que la notion de rémission partielle n'existe pas dans la CIM-10. Pour le surplus, le Tribunal de céans constate que les conclusions du Dr O_____ sont contredites par celles du Prof. R_____ et du Dr T_____, du Département des neurosciences cliniques des HUG, qui font état d'une capacité de travail actuelle de 50 %. Ces praticiens relèvent en effet qu'il convient d'intégrer l'impact de la douleur chronique et des probables troubles thymiques, dès lors que les douleurs faciales sont parmi les causes fréquentes (terme illisible) de productivité et d'absentéisme. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans renverra la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique. Les experts devront poser des diagnostics précis et indiquer quelles sont les conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante ; il leur incombera de décrire de manière précise quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail depuis le mois de septembre 2006. Ceci fait, il incombera à l'intimé de calculer, le cas échéant, le degré d'invalidité de la recourante, compte tenu de son statut de personne active à temps partiel.

E. 8

Le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 9

La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art. 89H de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10 ; art. 61 let. g LPG A).

E. 10

L'émolument, fixé à 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI, qui succombe (art. 69al.1bis LAI).

A/658/2009 - 11/11 -

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