

GE_GERICHTE ATAS/1478/2009 vom 26. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1478_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1478/2009 du 26 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1478/2009 del 26 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

A/4060/2008 - 14/22 - de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit 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 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

Il convient en premier lieu de relever que, contrairement à ce que prétend l'intimé, on ne se trouve pas ici dans le cadre d'une nouvelle demande mais bien d'un recours contre la décision prise en date du 4 juillet 2007, dont on peut considérer qu'elle a été confirmée par celle du 6 octobre 2008 en ce qu'elle refusait d'allouer à l'assurée des prestations au-delà du 31 octobre 2006. En effet, force est de constater que la « nouvelle demande » du 25 juillet 2007 a été déposée dans le délai de recours de trente jours ouvert contre la décision du 4 juillet 2007. Or, l'assurée y indique que c'est sur le conseil d'une collaboratrice de l'OCAI, contactée par téléphone, qu'elle dépose cette « nouvelle demande ». Il n'en demeure pas moins que l'assurée conteste en réalité le fait de ne s'être pas vu accorder de prestations au-delà du 31 octobre 2006 au motif que son état de s'est pas amélioré. Ainsi qu'elle le dit expressément, elle demande la « reconsidération médicale de son dossier ». L'intimé aurait donc dû transférer cette écriture au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

A/4060/2008 - 15/22 - Il résulte de ces considérations que l'aggravation alléguée par la recourante pourra, cas échéant, être prise en considération même s'il s'avère qu'elle est antérieure à la décision du 4 juillet 2007, celle-ci ne pouvant être considérée comme entrée en force.

E. 5

Est donc 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 au-delà du 31 octobre 2006.

E. 6

a) 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 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). b) 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). c) 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

A/4060/2008 - 16/22 - 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.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) 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. e) 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).

A/4060/2008 - 17/22 -

E. 7

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. 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 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).

A/4060/2008 - 18/22 -

E. 8

En l'espèce, la recourante demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise multidisciplinaire au motif que celle à laquelle se sont livrés les Drs Q_____ et R_____ serait lacunaire et contradictoire dans la mesure où elle n'a pas pris en compte les avis de ses médecins et n'a pas été établie en connaissance de son dossier radiologique. Tout d'abord, force est de constater que le rapport d'expertise des Drs Q_____ et R_____ 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. A cet égard, peu importe que l'expert rhumatologue n'ait pas eu directement connaissance des radiographies puisqu'il n'en demeure pas moins qu'elle a eu accès aux rapports établis suite à ces dernières, ce qui est suffisant. En effet, ainsi que l'a expliqué l'expert en audience, le diagnostic de tunnel carpien se pose sur la base d'un EMG et non de radios. Quant à la hernie discale cervicale, l'EMG a montré qu'il n'y avait pas de compression radiculaire, de sorte que, là encore, la description des radiographies suffisait également. Enfin, s'agissant de l'échographie, l'expert a expliqué

qu'il s'agit d'un examen qui s'interprète de manière dynamique, raison pour laquelle il est préférable de se référer à l'interprétation de l'examineur. Quoi qu'il en soit, le Tribunal relèvera que les diagnostics posés ne sont pas contestés. Le grief fait aux experts d'avoir omis de se prononcer sur d'éventuelles mesures de réadaptation est dénué de fondement : les experts ne pouvaient agir différemment dès lors qu'ils avaient précédemment conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans les activités précédemment exercées ; dès lors, des mesures de réadaptation ne pouvaient entrer en ligne de compte. En réalité, les examinateurs ont exposé par le détail la situation médicale de l'intéressée. Ils ont qui plus est défendu de manière convaincante leurs conclusions lors des audiences qui se sont tenues par devant le Tribunal de céans, exposant de façon claire et précise les motifs pour lesquels ils s'étaient écartés des avis des médecins traitants. Quant à leurs propres conclusions, force est de reconnaître qu'elles reposent sur des constatations objectives, se déduisent logiquement des développements qui les ont précédées et qu'elles sont au surplus expliquées à suffisance. Il y a lieu d'ajouter 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

A/4060/2008 - 19/22 - le cadre de l'expertise, suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Le Tribunal de céans est d'avis que cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce. S'agissant des plaintes somatiques de la recourante, la Dresse R_____ a expliqué qu'elle ne contestait pas l'existence d'une hernie discale mais qu'elle avait estimé que celle-ci était sans relation avec les symptômes décrits, vu l'absence de compression – et donc de souffrance nerveuse – démontrée par l'EMG. Le grief de la recourante selon lequel la Dresse R_____ n'aurait pas pu décrire en quoi pourrait consister une activité de bureau adaptée à son état tombe à faux. Le médecin a en effet expliqué que la recourante devait éviter les mouvements répétés, que l'activité d'archivage était possible, à condition d'être limitée dans le temps et que la tendinopathie révélée par l'échographie impliquait d'éviter les mouvements répétés des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, principalement. La Dresse R_____ a confirmé que, selon elle, à condition que l'activité devant l'ordinateur puisse être alternée avec des tâches de consultation de dossiers ou de classement, par exemple, l'activité de comptable serait exigible à plein temps mais pourrait encore être facilitée par une prise en charge optimale. De ces explications, il ressort que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert n'a pas subordonné sa capacité de travail à la condition qu'une physiothérapie soit entreprise. Force est de constater que l'activité décrite par l'expert rhumatologue comme adaptée correspond parfaitement à celle que la recourante dit avoir occupée par le passé. En effet, tous les postes de comptable n'impliquent pas forcément une activité d'archivage ou de saisie de données soutenue. Au contraire, ainsi que l'a expliqué l'assurée en audience, son activité de comptable impliquait d'enchaîner travail à l'ordinateur, classement, traitement des dossiers, et organisation des données. Ce n'est qu'à ses débuts qu'elle a été cantonnée à la saisie de données et à l'archivage, mais cet état de fait a évolué au fil de sa progression. Il apparaît en réalité, et la recourante l'a d'ailleurs expressément reconnu, que son principal problème est d'ordre psychique, dans la mesure où, selon ses dires, elle est surtout limitée par ses crises de panique. C'est d'ailleurs à cette

même conclusion qu'est parvenue la Dresse P _____, qui n'a fait état, sur le plan physique que d'un discret trouble statique rachidien, assorti d'atteintes dégénératives très débutantes sans répercussion sur la capacité de travail, d'une chondropathie rotulienne, d'un syndrome d'épicondylite-épitrochléite du coude droit et d'une périarthropathie de l'épaule gauche mais qui a souligné la nécessité de procéder à des investigations sur le plan psychique.

A/4060/2008 - 20/22 - Il apparaît cependant que, sur le plan psychique, la situation de la recourante s'est aggravée depuis l'été 2007. En effet, auparavant, ses médecins traitants reconnaissaient que sa capacité de travail serait totale dans son activité habituelle, à condition de changer d'employeur (cf. rapport de la Dresse L _____ du 4 janvier 2006 et rapport de la Dresse M _____ du 17 février 2006). A cet égard, on relèvera donc que l'OCAI a fait preuve d'une certaine indulgence en accordant à l'assurée une rente entière pour la période du 1er juin au 31 octobre 2006, dans la mesure où il apparaît que son incapacité de travail était alors due aux problèmes rencontrés avec son employeur, lesquels ne relèvent a priori pas de l'assurance-invalidité. On ignore d'ailleurs en vertu de quoi l'intimé a fixé au 31 octobre 2006 la fin de ses prestations. Cependant, eu égard à la brièveté de la période considérée et au fait que l'expert psychiatre a avalisé a posteriori cette période d'incapacité de travail, il sera renoncé à une reformatio in pejus. Reste à examiner si l'état de santé de l'assurée, après l'aggravation invoquée et l'apparition d'un trouble panique, justifie l'octroi de prestations. Si l'on se réfère aux conclusions du Dr Q _____, tel n'est pas le cas, puisqu'il n'a en définitive retenu que les diagnostics de dysthymie entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée au-delà de 2 ans et de personnalité anankastique avec traits dépendants a été retenu. Le reproche fait par la recourante au Dr Q _____ selon lequel ce dernier aurait négligé les symptômes qu'elle lui a décrits sous prétexte qu'il n'a pu les objectiver lors de son examen tombe également à faux. En effet, loin de négliger ces symptômes, l'expert a relaté avec exactitude les plaintes de la recourante (troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, de fatigue, ruminations, épisodes d'anxiété paroxystique sans agoraphobie, difficultés à s'affirmer, tristesse sévère, diminution de la capacité à éprouver du plaisir, sentiment de culpabilité de dévalorisation, manque de confiance en soi et idées noires) et a même décidé d'en tenir compte dans son appréciation, alors même qu'il n'avait pas réellement pu les objectiver, en admettant une diminution de rendement de 20%. S'agissant du fait que les diagnostics posés sur le plan psychique par les médecins traitants de la recourante divergent de ceux retenus par l'expert, il convient de relever qu'aucun des médecins en question n'est spécialisé en psychiatrie. Par ailleurs, ainsi que l'a très justement fait remarquer le Dr Q _____, on ne saurait tirer une quelconque conclusion du fait que la fréquence de suicides est augmentée dans la famille de l'assurée quant à l'état psychique de cette dernière. Cela ne signifie en effet pas pour autant qu'elle présente elle-même une propension à ce type d'acte. De manière convaincante, le Dr Q _____ a expliqué que si un trouble panique peut certes, dans certaines conditions, se révéler extrêmement handicapant,

A/4060/2008 - 21/22 - notamment lorsqu'il est accompagné d'agoraphobie, tel n'est cependant pas le cas de l'assurée – ce qui n'est pas contesté. Il a au surplus souligné que, chez celle-ci, les crises durent rarement plus de 5 à 10 minutes. Eu égard aux considérations qui précèdent, pleine valeur probante sera donc reconnue au rapport d'expertise bidisciplinaire. Il ne se justifie dès lors pas de mettre sur pied une expertise

complémentaire. Il s'ensuit qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique ou physique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité de comptable et que, sur le plan psychique, elle subit une diminution de rendement de 20%. En effet, dans la mesure où le Dr Q_____ a conditionné la récupération d'une capacité de travail totale à la reprise d'une activité – dont il attendait une amélioration rapide de l'état psychique de l'assurée – et que cette dernière n'a pas eu lieu, il y a lieu de considérer que cette diminution de rendement est toujours d'actualité. Il en découle un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente, mais suffisant pour des mesures de réadaptation professionnelle, dont il ressort cependant du dossier qu'elles ne sont pas indiquées. En effet, selon le curriculum vitae de la recourante, cette dernière a exercé des activités de comptable avec un cahier des charges varié comprenant notamment l'accueil, la formation de collaborateurs, la diffusion d'informations, la vérification de factures et des contacts téléphoniques. Elle dispose donc déjà de la formation nécessaire pour occuper un poste adapté à son état et dispose au surplus de plusieurs autres formations lui permettant d'envisager une activité en adéquation avec cet état. Il lui est en revanche loisible de s'adresser à l'intimé pour demander une aide au placement. On ajoutera encore qu'ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, l'accident survenu en date du 29 octobre 2008, soit après la notification de la décision, sort du cadre du présent litige. S'il en a découlé une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer son droit à des prestations, il lui appartient de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/4060/2008 - 22/22 -

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