

GE_GERICHTE ATAS/385/2016 vom 17. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_385_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/385/2016 du 17 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/385/2016 del 17 maggio 2016

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que la recourante n'est atteinte d'aucune maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail.

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/19/2016 - 12/19 -

E. 6

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 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 8

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

A/19/2016 - 13/19 - 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 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 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. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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

A/19/2016 - 14/19 - 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 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 319 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/19/2016 - 15/19 -

E. 10

En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a été mise en arrêt de travail par son médecin traitant dès le 10 février 2014, et n'a repris aucune activité depuis lors. Dans son premier rapport médical, du 15 mai 2014, à l'intention de l'assureur perte de gain maladie, le médecin traitant a indiqué que le début du traitement datait du 9 décembre 2013. Elle a posé les diagnostics d'asthénie (récurrente depuis 2011 s'étant manifestée sous forme d'insomnies, de longue date), de troubles de l'adaptation avec anxiété (dans le contexte de difficultés familiales depuis 2012), de dorsolombalgies dans le contexte d'une cyphoscoliose, (s'étant manifestées [en dernier lieu dès mi-novembre 2013] existantes depuis 2010). Il n'est pas fait état d'incapacité de travail avant le 10 février 2014, et enfin, selon la Dresse E_____, la maladie en cause n'intéresse pas l'assurance-invalidité. L'essentiel du traitement consiste dans des prescriptions d'antalgiques, de Temesta, de repos et de physiothérapie. Dans son rapport du 16 septembre 2014 à l'intention de l'OAI, ce médecin traitant a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome anxieux panique depuis 2011, et retient encore divers autres diagnostics sans effet sur la capacité de travail, soit une prédisposition à l'asthme, des dorsalgies, une anémie ferriprive, relevant sur le plan anamnestique que l'assurée présente une anxiété généralisée depuis 2011, s'étant manifestée la première fois par une crise de panique avec tétanie et dyspnée, ainsi que somatisation sous forme de crises d'asthme non objectivées par le pneumologue lors des tests respiratoires; et parallèlement des dorsalgies chroniques. Elle précise au sujet du contexte familial difficile, que l'assurée s'occupe des enfants, et travaille pour son mari avec lequel elle est en conflit Elle précise toutefois que l'incapacité de travail de 100 % dès le 10 février 2014 en tant que secrétaire est toujours en cours et que les seules restrictions à une telle activité sont d'ordre psychique, à voir avec le psychiatre traitant. Or ce dernier a établi un rapport à l'intention de l'intimé en date du 26 février 2015. Quoiqu'il ait pu en dire la recourante par la suite, en minimisant la fréquence des contacts qu'elle aurait eus avec ce médecin, sinon la capacité de ce dernier à comprendre ce qu'elle endure, ce rapport est fondé sur des renseignements anamnestiques complets, prend en compte les plaintes de la

patiente, pose le diagnostic d'anxiété généralisée, ainsi que d'un éventuel trouble dissociatif sous la forme d'une anesthésie dissociative avec atteinte sensorielle, mais réfute clairement et de façon motivée celui de trouble panique posé par le médecin traitant - qui n'est pas spécialiste en psychiatrie ou en psychothérapie -. En clair et en conclusion, le psychiatre traitant considère que la patiente est en mesure de reprendre toute (autre) activité adaptée à ses qualifications, à 100 %, horaire et rendement, d'un point de vue strictement médical psychiatrique. Quant aux restrictions physiques ou psychiques existantes, il estime qu'il n'y a pas de restrictions psychiques qui justifieraient une incapacité totale de travail. La patiente est en mesure de reprendre une activité adaptée « à la mesure de ses qualifications ». Il relève toutefois qu'en ce qui concerne une éventuelle réadaptation professionnelle, un problème de motivation et de déconditionnement aggrave le pronostic de retour à une activité de travail. C'est donc sur cette base que le SMR, a considéré, dans son avis du A/19/2016 - 16/19 - 1er juillet 2015, que les limitations fonctionnelles de l'assurée sont uniquement d'ordre psychique ne justifiant aucune incapacité de travail, et retenant, conformément aux conclusions du psychiatre traitant, que l'assurée présente une anxiété généralisée, qui semble évoluer depuis plusieurs années, à laquelle un trouble de l'adaptation dans un contexte de difficultés familiales s'est possiblement ajouté de façon transitoire, ces atteintes ne justifiant toutefois pas d'incapacité de travail. Les divers avis et documents médicaux, versés au dossier après le projet de décision de l'OAI rejetant la demande de prestations, n'ont apporté aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr H_____, sur lesquelles le SMR s'était fondé pour dénier l'existence de toute pathologie incapacitante. La dernière psychiatre s'étant prononcée sur le cas avait établi un premier rapport, le 20 juillet 2015, peu après avoir entrepris le suivi psychiatrique de l'assurée, et reprenait le diagnostic retenu par son précédent confrère, étant rappelé que celui-ci ne justifiait aucune incapacité de travail; cette psychiatre retenait une aggravation de l'état de santé depuis environ une année, sur la base de l'avis des soignants qui la connaissent. Dans son second rapport, du 14 décembre 2015, la Dresse J_____ a confirmé son précédent avis, mais a pensé opportun de rajouter un diagnostic complémentaire: celui de personnalité dépendante. Elle n'a en revanche pas indiqué que sa patiente soit en incapacité de travail, se bornant à considérer qu'à son avis des mesures de réadaptation étaient nécessaires afin qu'elle puisse reprendre une activité. Sur cette base, le SMR a confirmé ses précédentes conclusions, relevant que ce dernier rapport de la Dresse J_____ ne contenait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier ses conclusions précédentes. Du reste, cette spécialiste a essentiellement fondé ses réflexions sur les plaintes de la patiente, relevant que cette dernière présente un sentiment d'impuissance, d'incompétence et de moindre valeur qui tendent à la rendre passive, comme lorsqu'il s'agit de faire des démarches administratives ou de tenir sa maison. C'est donc à juste titre que le SMR a considéré que la situation médicale de la recourante a été parfaitement élucidée. La chambre de céans constate ainsi que l'examen minutieux des divers rapports et avis médicaux versés au dossier ne comportent aucun élément susceptible de laisser subsister un doute quant à la réalité sinon à la justification d'une incapacité de travail, a fortiori de longue durée. Quand bien même le médecin traitant a prononcé depuis le mois de février 2014 des arrêts de travail successifs, il n'a toutefois nullement justifié de manière probante une telle incapacité de travail, admettant lui-même que les seules restrictions à une pleine capacité de travail sont d'ordre psychique, appréciation qui est d'ailleurs corroborée - s'agissant de l'exclusion de causes somatiques à la moindre incapacité de travail - par les avis médicaux des divers spécialistes (O.R.L., allergologue, et autres) consultés par la

recourante: aucun n'a posé le moindre diagnostic incapacitant ni ne s'est prononcé sur une éventuelle incapacité de travail. Dans ses écritures, la recourante n'apporte pas d'élément nouveau non plus, et les explications qu'elle a données lors de son audition par la chambre de céans n'ont nullement permis de déceler la moindre

A/19/2016 - 17/19 - critique fondée par rapport à l'appréciation médicale ayant conduit au rejet de sa demande de prestations. Elle se plaint pour l'essentiel que cela fait plusieurs années qu'elle se sent très fatiguée et qu'elle consulte divers médecins par rapport à ses allergies, son anémie et son asthme, relevant que les médicaments lui font du bien mais que cela n'est pas suffisant. Elle se contente d'affirmer pour le surplus être dans l'incapacité de faire quoi que ce soit en ce moment. En tout état, il n'existe pas le moindre indice d'une aggravation de son état de santé, que ce soit depuis l'été 2014, voire, depuis une période antérieure au début de son incapacité de travail de février 2014. Ainsi, et à l'instar des conclusions médicales convaincantes sur lesquelles l'intimé s'est fondé, la chambre de céans considère que la recourante est en mesure exigible de consacrer tous les efforts nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, sans diminution de rendement, quelle que soit l'activité. La chambre de céans relève encore être également interpellée par les circonstances dans lesquelles l'incapacité de travail décrétée en février 2014 est apparue. Dans un contexte où, de longue date, la recourante vivait une relation difficile en couple, elle n'a néanmoins pas hésité à solliciter son mari pour qu'il l'engage officiellement dans son entreprise nouvellement créée. Or, dans la mise en place de celle-ci, il a été conclu une assurance perte de gain maladie dès janvier 2014. La recourante avait ainsi été amenée à remplir un questionnaire médical dont il est ressorti qu'elle ne présentait ni n'avait présenté jusque-là aucun problème de santé. Or, à en croire son médecin traitant, l'intéressée était déjà traitée depuis des années pour les affections ayant conduit à l'arrêt de travail de février 2014, ce médecin évoquant implicitement une éventuelle aggravation ayant justifié ce qu'elle décrit comme le « début du traitement » à mi-novembre, voire début décembre 2013, soit pratiquement à l'époque où qu'elle avait rempli le questionnaire de santé susmentionné. Dans un tel contexte, il apparaît peu crédible que la recourante ait pu à la fois ressentir depuis des années des maux de diverses natures qu'aucun traitement ne parvenait à résoudre, et répondre par la négative à un questionnaire l'interrogeant sur l'existence de problèmes de santé, passés ou actuels. Il résulte donc de l'examen minutieux de tous les éléments médicaux versés au dossier, qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé de nature à fonder une incapacité de travail, et par suite, d'une invalidité, les motifs principaux sinon essentiels qui l'empêchent subjectivement de reprendre la moindre activité devant être recherchés dans des facteurs psychosociaux ou socioculturels qui ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI.

E. 11

La recourante a sollicité la mise en place d'une expertise médicale. Or, au vu de ce qui précède, la chambre de céans est convaincue que l'état de santé actuel de la recourante, comme cela était déjà le cas au moment où la décision entreprise a été rendue, est tel qu'à un degré de vraisemblance prépondérante, l'intéressée ne

A/19/2016 - 18/19 - présente aucune maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. Il est ainsi superflu d'administrer d'autres preuves, et notamment d'ordonner une expertise, comme la recourante y conclut, conformément à la jurisprudence susmentionnée.

E. 12

C'est donc à juste titre que l'intimé a nié à la recourante tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité, que ce soit une rente ou des mesures de réadaptation. En tous points mal fondés, le recours doit être rejeté.

E. 13

Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/19/2016 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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