

# **GE\_GERICHTE ATAS/390/2013 vom 23. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_390\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_390_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/390/2013 du 23 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/390/2013 del 23 aprile 2013

## **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; RS 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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, sont applicables.

A/2839/2011 - 11/15 -

### **E. 4**

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. 5**

Le litige porte sur le taux d'incapacité de travail de l'assurée et, en conséquence, sur son droit à des prestations d'invalidité.

### **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). 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). b) 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 LPGGA et art. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 7**

a) 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 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

A/2839/2011 - 12/15 - let. c LPGGA), 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 125 V 351 consid. 3). b) 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. (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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 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/bb et

cc). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). c) 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

A/2839/2011 - 13/15 - 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. 8

En l'espèce, compte tenu des contradictions importantes entre les conclusions du Dr T\_\_\_\_\_, psychiatre mandaté par l'OAI, et celles du Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, concernant non seulement la capacité de travail de l'assurée, mais également l'analyse des divers diagnostics retenus, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire, auprès du Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre. Cette expertise repose sur un examen de l'assurée, de plus de trois heures, au cours de deux entretiens, et sur l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la patiente sont prises en considération. Les conclusions de l'expertise sont bien motivées, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise.

L'OAI persiste à estimer que l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ est plus convaincante que celle du Dr F\_\_\_\_\_, qui contiendrait des contradictions. Il convient donc d'examiner si l'avis de l'expert administratif est en mesure de mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions de l'expert judiciaire.

Les deux experts concordent s'agissant des diagnostics psychiatriques retenus, sous réserve de l'anorexie diagnostiquée par le Dr F\_\_\_\_\_ et de l'état de stress post-traumatique envisagé par le Dr T\_\_\_\_\_ mais exclu par le Dr F\_\_\_\_\_. Le Dr F\_\_\_\_\_ retient que l'ensemble des éléments et leur intensité impliquent une limitation de la capacité de travail à 80% dans toute activité adaptée, alors que le Dr T\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est entière. Cela étant, contrairement à l'avis du SMR transmis par l'OAI le 18 mars 2013, l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ n'est entachée d'aucune contradiction. Si l'expert retient en effet que la dysthymie seule, de même que le trouble somatoforme douloureux, à défaut de comorbidité grave, ne sont pas incapacitants, il expose de façon convaincante que cet ensemble de comorbidités s'est développé autour du trouble de la

personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui est une atteinte psychique sévère et difficile à traiter, l'ensemble du tableau clinique limitant la capacité de travail de 20% dans toute activité. Le fait que le travail accompli sur le plan thérapeutique ait permis, depuis deux ans, d'éviter des décompensations majeures, de maintenir à une intensité légère le trouble de l'humeur et de stabiliser le trouble alimentaire, ne permet pas pour autant, comme le soutient le SMR, d'exclure toute limitation de la capacité de travail par l'association des divers troubles psychiatriques retenus par l'expert.

A/2839/2011 - 14/15 -

La Cour de céans estime donc que les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ sont convaincantes et que rien ne justifie de s'en écarter.

Cela étant, la capacité de travail retenue par l'expert étant la même dans toute activité, y compris celle d'assistante en pharmacie que l'assurée continue à exercer à 50%, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, soit 20%. Ce taux n'ouvre pas de droit à une rente. Au demeurant, s'il ouvre théoriquement le droit à des mesures de réadaptation, celles-ci ne sont ni indiquées par l'expert, ni justifiées, dès lors que rien ne permet de retenir qu'une réorientation dans une nouvelle activité permettrait d'améliorer la capacité de gain de l'assurée, sa capacité restant limitée à 80%. La recourante a au demeurant déjà entrepris une formation en comptabilité et terminé une formation en informatique, de sorte que si tel est son souhait, elle peut changer d'activité sans recours à des mesures de l'assurance- invalidité.

#### **E. 9**

Le recours, mal fondé sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), mais que la recourante plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire, aucun émolument ne sera mis à sa charge, malgré l'issue du recours.

A/2839/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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