

GE_GERICHTE ATAS/423/2011 vom 3. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_423_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/423/2011 du 3 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/423/2011 del 3 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, cas échéant des mesures d'ordre professionnel dès le 1er février 2005. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont à être prises en considération dans le présent litige que pour les faits postérieurs au 1er janvier 2008, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 27 juin 2008 qui a été confirmé par la décision du 5 septembre 2008 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 6 octobre 2008.

A/3609/2008 - 14/20 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGa) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa) (let. b). d) 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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

A/3609/2008 - 15/20 - p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). e) Le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, 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 ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 4

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/3609/2008 - 16/20 - 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. 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). b) 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) 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). d) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne

A/3609/2008 - 17/20 - viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 5

Dans le cas d'espèce, la Cour estime que l'expertise du Dr E _____ a pleine valeur probante. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci, ses conclusions sont claires et elles ont été complétées et motivées en audience. A la différence de l'expertise du Dr C _____, celle du Dr E _____ est fondée sur une anamnèse très complète, qui précise notamment l'évolution de la toxicomanie de l'assurée et la situation de ses deux enfants. L'expert explique de façon convaincante que la toxicomanie passée de l'assurée, qui est totalement sevrée d'héroïne depuis 2001 et de cocaïne depuis 2009, n'a eu aucune conséquence sur ses capacités cognitives, de sorte que cela n'a pas de répercussions sur sa capacité de travail. De même, et bien que cela ne soit pas expressément mentionné, il va de soi qu'à défaut d'affection psychiatrique invalidante préexistante à la toxicomanie ou consécutive à celle-ci, on ne peut pas retenir, même à l'époque où l'assurée consommait encore de la cocaïne (entre 2007 et 2009 en tout cas) et durant laquelle elle était peut-être incapable de travailler de ce fait, que cette toxicodépendance avait valeur de maladie invalidante à la charge de l'OAI, eu égard à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral à cet égard. C'est donc à juste titre que l'expert retient que les diagnostics liés à une ancienne dépendance n'ont pas de conséquence sur la capacité de travail de l'assurée.

L'expert retient en outre le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline, ainsi que celui, probable, de déficit de l'attention, mais affirme que ces affections n'entraînent pas d'incapacité de travail. L'assurée fait grief à l'expert de ne pas motiver son avis et de se contredire en retenant des limitations fonctionnelles. En premier lieu, si l'expert relève que les caractéristiques cliniques de ces affections sont incompatibles avec certains milieux professionnels et/ou impliquent une diminution de rendement, il confirme, dument questionné à ce sujet, que cela n'implique pas d'incapacité de travail. Ainsi, il est établi que l'impulsivité, le mauvais contrôle des émotions, ainsi que la lenteur et les difficultés d'attention sont peu compatibles avec un emploi impliquant un contact avec

des personnes fragiles, voire une profession exigeant une grande concentration, beaucoup de contrôle de soi et des compétences cognitives élaborées. Toutefois, ces traits de la personnalité ainsi que le déficit d'attention ne sont pas des limitations à une activité dans l'industrie ou le conditionnement, par exemple. De même, si la lenteur, la distraction et les difficultés à respecter des horaires conduisent certainement à une diminution de rendement, celle-ci n'excède pas 20% dans une activité adaptée selon l'expert. Cette pleine capacité de travail est d'ailleurs confirmée par l'anamnèse, soulignée en audience par l'expert, et qui révèle que l'assurée a effectivement

A/3609/2008 - 18/20 - travaillé jusqu'en 2001, notamment dans un atelier de bijouterie, alors qu'elle présentait déjà les caractéristiques de ces deux affections.

En second lieu, l'expert confirme que la situation sociale et familiale de l'assurée aggrave le trouble de la personnalité borderline et que, même si celle-ci était complètement déchargée de toutes ses tâches de mère et du stress lié à ses responsabilités familiales, assumées seule, les limitations fonctionnelles énumérées seraient toujours présentes avec comme conséquence une légère diminution de rendement. S'il est exact que la nécessité d'une prise en charge des enfants de l'assurée de façon optimale pour que celle-ci puisse travailler ne relève pas en principe de l'assurance invalidité, il faut relever, dans le cas d'espèce, que c'est en raison de l'affection psychiatrique dont souffre l'assurée que le cumul des tâches - mère de famille et travailleuse - aggrave les conséquences de la maladie et les limitations en découlant, sans que l'on puisse à l'évidence exiger de l'assurée, au titre de la diminution du dommage, qu'elle ne soit pas mère de famille.

Il faut donc retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail, avec un rendement limité à 80%, dans une activité n'exigeant ni compétences cognitives spécifiques (calculs, etc.), ni concentration importante, sans exigence de rendement et sans stress.

Dans le cas d'espèce, la demande de prestations d'invalidité date de janvier 2005 et le dernier emploi salarié stable de l'assurée a pris fin vraisemblablement en avril 2000, date du début de l'assistance financière par l'Hospice Général, sans compter les quelques mois d'emploi temporaire ultérieurs. Au demeurant, le dernier revenu réalisé par l'assurée en 2000 ou en 2001 n'a pas été déterminé. L'assurée n'allègue pas qu'elle réalisait comme ouvrière en atelier de bijouterie, un salaire supérieur à celui ressortant des ESS, TA1, niveau 4, femme, et qui impliquerait une perte de gain supérieure à 20%. Ainsi, pour le calcul du taux d'invalidité, tant le revenu d'invalidité que celui sans invalidité doivent être tirés du même salaire issu des statistiques, de sorte qu'en raison d'une diminution de rendement de 20%, sans motif d'abattement supplémentaire, car lors du début de l'incapacité de travail en 2004, ayant fondé la demande de 2005, l'assurée avait 35 ans et était inactive depuis 4 ans seulement, le taux d'invalidité est de 20%, ce qui n'ouvre aucun droit à une rente d'invalidité.

E. 6

S'agissant des conclusions de l'assurée tendant à l'octroi de mesures professionnelles, il faut en premier lieu relever que l'instruction de la cause n'a jamais porté sur cette question, l'OAI ayant toujours retenu une pleine capacité de travail sans diminution de rendement et l'assurée ayant toujours allégué une incapacité de travail totale. C'est après la dernière expertise que l'assurée conclut à un reclassement, au vu de la durée de son inactivité et à ses limitations qui excluraient l'activité en atelier de bijouterie et d'aide soignante, ces métiers

ayant beaucoup évolué selon elle. A noter, d'une part, que l'assurée n'a pas suivi de A/3609/2008 - 19/20 - formation et que sa capacité de travail est admise dans une activité simple, sans exigence de formation spécifique, y compris celle exercée auparavant dans un atelier de bijouterie. Un reclassement, au sens d'une formation pour exercer un autre métier, ne se justifie donc pas, à défaut d'incapacité à exercer sa profession antérieure. De plus, la capacité d'apprentissage de l'assurée est limitée en raison de l'affection dont elle souffre et elle ne pourrait pas assumer un emploi certes mieux rémunéré qu'un travail manuel et répétitif, car plus qualifié, mais aussi plus exigeant en termes de compétences cognitives et de stress, et donc incompatible avec les limitations retenues.

En second lieu, l'assurée est en effet restée inactive durant plus de 11 ans, de sorte qu'un réentraînement à l'effort progressif sur quelques mois serait certainement bénéfique. Un réentraînement à l'effort à la charge de l'OAI se justifierait dans l'hypothèse d'une incapacité de travail totale ou en tout cas importante de longue durée suivie d'une amélioration de l'état de santé permettant la reprise du travail après toutefois une période de réentraînement à l'effort progressif. Tel n'est pas le cas et le déconditionnement de l'assurée ne peut pas être mis sur le compte de l'invalidité, dès lors que l'expert admet que la capacité de travail avec une diminution de rendement est demeurée la même depuis le début des affections, qui sont antérieures à l'arrêt de travail de 2004. Au demeurant, il faut aussi que l'assurée ait pu organiser la prise en charge adéquate de son fils cadet, condition indispensable à toute reprise du travail, même en atelier. Cela étant, il serait envisageable et souhaitable de solliciter l'Hospice général, cas échéant ensuite l'Office cantonal de l'emploi pour la mise en place d'un tel stage de réentraînement combiné avec une prise en charge optimale en crèche de l'enfant cadet de l'assurée.

Les conclusions de l'assurée tendant à l'octroi de mesures professionnelles doivent donc aussi être rejetées.

E. 7

Le recours, mal fondé, est rejeté et la recourante, qui succombe, est condamnée à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3609/2008 - 20/20 - 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.