

GE_GERICHTE ATAS/45/2012 vom 24. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_45_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/45/2012 du 24 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/45/2012 del 24 gennaio 2012

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

La LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit

A/2157/2011 - 6/10 - s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b, ATF 112 V 360, consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, d'après les pièces versées au dossier, les faits pertinents remontent à l'année 2009. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; ATF 130 V 329). Cette nouvelle n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté le 13 juillet 2011 contre une décision du 14 juin 2011, le recours l'a été dans la forme et le délai prévus par la loi. Il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'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). 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 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.

E. 6

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; ATFA non publié 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

A/2157/2011 - 7/10 - 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

E. 7

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 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 125 V 351 consid. 3).

E. 8

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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

A/2157/2011 - 8/10 - 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 351 consid. 3b/ee).

E. 9

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. cc).

E. 10

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. 11

En l'espèce, figurent au dossier deux examens cliniques psychiatriques réalisés par le médecin du SMR les 21 octobre 2009 et 28 janvier 2011 ainsi qu'un avis du médecin traitant de la recourante du 12 juillet 2011. Le médecin de l'assureur, dans ses rapports, a posé une anamnèse détaillée, il a pris en compte les plaintes de la recourante et a posé des diagnostics qu'il a clairement expliqués. Il a défini la nature des symptômes dépressifs - humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité,

diminution de l'estime et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation et perturbation du sommeil - de façon convaincante. Ses conclusions sont motivées, dépourvues de contradictions et la capacité résiduelle de travail est établie en relation avec les limitations fonctionnelles constatées. Partant, l'avis du SMR répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Quant au Dr N_____, il retient, comme le SMR, un trouble dépressif ainsi qu'un trouble de la personnalité. Il a plus particulièrement estimé que si, en février 2011, l'état dépressif était sévère, il était devenu moyen à léger au plus tard en septembre 2011 et que le syndrome de Diogène - en lien avec l'intensité du trouble dépressif - avait totalement disparu. Il apparaît dès lors que le praticien - qui reconnaît également que sa patiente dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% - s'est simplement livré à une appréciation différente du cas de la recourante, plus favorable, sans expliquer véritablement en quoi il estimait la capacité de travail de cette dernière nulle de février à septembre 2011. Il n'explique pas non plus les raisons qui le poussent à considérer que sa patiente devrait travailler uniquement en

A/2157/2011 - 9/10 - milieu protégé. Or, il a confirmé les limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR. Il s'ensuit que la Cour de céans est d'avis que le Dr N_____ n'a amené aucun élément objectif permettant de mettre en cause les conclusions du SMR.

E. 12

Force est de constater que rien ne permet de jeter le doute sur les conclusions du SMR. Il y a ainsi lieu de retenir que, dans son activité habituelle ou dans toute autre activité, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% depuis le 1er octobre 2009, date à laquelle son état de santé a pu être constaté médicalement, vu l'absence de tout document psychiatrique antérieur.

E. 13

La Cour de céans constate qu'en sus d'une demi rente, l'intimé a reconnu que la recourante pourrait être mise au bénéfice d'une mesure d'aide au placement (art. 18 al. 1 LAI). En l'occurrence, il apparaît que la recourante, qui souffre notamment d'un état dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et d'un trouble mixte de la personnalité, n'a pas repris d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Malgré sa volonté exprimée de réintégrer le milieu professionnel, sa perte de confiance en elle et la manifestation d'idées de dévalorisation ont été constatées tant par le médecin du SMR que par son médecin traitant. Dans ces conditions, l'aide au placement telle que suggérée par l'intimé semble être une mesure appropriée pour que la recourante mette à profit sa capacité résiduelle de travail.

E. 14

Il s'ensuit que la Cour de céans prend acte de la proposition de l'intimé d'octroyer une aide au placement à la recourante et lui renvoie la cause pour mise en œuvre de dite mesure.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

E. 16

La recourante, qui succombe, supporte un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2157/2011 - 10/10 - 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.