

# **GE\_GERICHTE ATAS/530/2012 vom 24. April 2012**

GE Cour de justice, 2012-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_530\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_530_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/530/2012 du 24 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/530/2012 del 24 aprile 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 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 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser toute prestation à l'assurée.

### **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

A/3514/2011 - 12/15 - 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 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.

### **E. 6**

a) 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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. Etant 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). 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) 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 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 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.).

## **E. 7**

En l'espèce, l'assurée ne présente aucune affection du point de vue somatique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, tant sur le plan rhumatologique selon le Dr O \_\_\_\_\_ que sur les plans cardiologique, hépatique, rhumatologique, etc. Selon la Dresse M \_\_\_\_\_, généraliste et le Dr L \_\_\_\_\_, cardiologue, tous deux médecins de l'assurée, qui confirment la pleine capacité de travail de l'assurée à cet égard. Il ne se justifie donc pas d'instruire plus avant cette question et il est parfaitement inutile d'auditionner le cardiologue, car en cas d'aggravation, il ne se contenterait pas d'un contrôle

annuel de routine. Du point de vue psychiatrique, l'avis du Dr P\_\_\_\_\_ est certes basé sur un seul entretien et sans avoir contacté le psychiatre traitant, mais il est fondé sur une anamnèse complète, il tient compte des plaintes de l'assurée (qui n'indique nullement être incapable de sortir seule), il décrit les constatations objectives et notamment l'absence de tout trouble anxieux. Il retient donc un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne, dont il estime, sans motiver plus avant cet avis, qu'il est sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Compte tenu des objections qui auraient pu paraître fondées s'agissant de la gravité de ce trouble, la Cour a entendu la Dresse N\_\_\_\_\_. Outre le fait que le psychiatre traitant est naturellement empathique vis à vis de son patient, l'avis de ce médecin n'a malheureusement aucune valeur probante. Il contient plusieurs contradictions : l'état dépressif serait sévère sans aucune d'hospitalisation, ni suivi intensif; la patiente serait incapable de sortir seule mais vient régulièrement non accompagnée aux séances; le psychiatre serait très inquiète de l'état alarmant de sa patiente et apparemment consciente du manque de sérieux du suivi au CPC après son départ, mais attend 8 mois avant de la recontacter, via son médecin traitant afin de reprendre ce suivi ; le suivi erratique de janvier à août 2011 aurait décompensé sa patiente, déjà sévèrement dépressive, sans qu'une hospitalisation ou que l'intervention salutaire du médecin généraliste n'ait lieu. Les plaintes, l'anamnèse et les constatations objectives, de même que l'évaluation selon l'échelle de Hamilton

A/3514/2011 - 14/15 - ne peuvent pas être précises, car les séances de psychothérapie ont lieu sans interprète alors que l'assurée parle très mal le français et que la psychiatre le parle avec un fort accent hispanique, qui la rend difficile à comprendre. Malgré une amélioration notable de l'état dépressif mesuré sur l'échelle de Hamilton (de 33 à 17 selon la psychiatre), ce qui fait référence à un état dépressif léger à moyen, l'incapacité de travail resterait totale. L'appréciation du cas ne permet pas de distinguer les motifs d'ordre social (méconnaissance de la langue, difficultés relationnelles, environnement psychosocial) et ceux d'ordre médical qui expliqueraient la persistance de l'incapacité de travail. Le pronostic laisse songeur, puisque malgré une psychothérapie bimensuelle et un traitement psychotrope complet durant de nombreuses années encore, tout espoir de reprise d'une quelconque capacité de travail est exclue, en présence d'un trouble dépressif jugé actuellement modéré, et si on se penche sur les éléments d'appréciation de l'échelle de Hamilton, clairement léger. Cet avis ne permet donc pas de remettre en cause l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_ s'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité légère ou moyenne, le traitement instauré impliquant, si la dépression est moyenne, que l'amélioration constatée par le psychiatre traitant confirme que ce trouble n'a plus de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, étant rappelé que même la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin traitant, admet que sa patiente est capable de travailler à 50%. Il a ensuite été examiné quelle avait été la capacité effective et son évolution dans le temps et il s'avère à cet égard que l'assurée s'est aussi contredite sur plusieurs points déterminants : elle n'a pas démissionné de son poste de patrouilleuse en raison de son état de santé, mais pour s'inscrire au chômage, indiquant rechercher un emploi à 100%; elle a été en mesure de régulièrement faire des recherches d'emploi durant deux ans de chômage, par de nombreuses visites personnelles et s'est rendue seule à ses entretiens de conseil durant deux ans, de sorte qu'elle peut donc fort bien sortir et entrer en contact avec des gens pour ce faire; elle a confirmé lors de l'examen du SMR en août 2010 qu'elle était partie en vacances au KOSOVO durant trois semaines en été 2010, de sorte que l'interruption de la mesure dès le 7 juillet 2010 n'était pas due à un "manque d'énergie". Il s'avère donc concrètement que l'assurée reste capable de poursuivre

ses activités usuelles, ce qui correspond aux contours de l'état dépressif léger selon la CIM-10.

**E. 8**

Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute prestations à l'assurée dont la capacité de travail dans une activité adaptée est entière, avec une éventuelle diminution de rendement insuffisante en tous les cas pour atteindre le taux d'invalidité de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

**E. 9**

Le recours, mal fondé, est rejeté et l'assurée est dispensée du paiement de l'émolument car elle plaide au bénéfice de l'assistance juridique.

A/3514/2011 - 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.