

GE_GERICHTE ATAS/625/2010 vom 31. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_625_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/625/2010 du 31 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/625/2010 del 31 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé

A/3656/2009 - 7/13 - que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans la forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé dont se plaint la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de

l'assurance-invalidité

E. 5

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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). 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 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI).

E. 6

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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

A/3656/2009 - 8/13 - de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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, 105 V 158 consid.1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

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 LPGGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'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 définie aussi objectivement que

possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

E. 8

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI

A/3656/2009 - 9/13 - (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

E. 9

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 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

A/3656/2009 - 10/13 - médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 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 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 10

La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Docteur N_____. En premier lieu, il s'agira donc d'examiner la valeur probante dudit rapport. Le rapport d'examen du Docteur N_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes formulées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, a été confirmé par le psychiatre traitant de la recourante, contrairement à ce que soutient cette dernière. En effet, tout comme l'expert, le psychiatre traitant a reconnu, tant dans son courrier du 2 juillet 2008 que lors de son audition devant le Tribunal de céans, que la patiente dispose des capacités, de la volonté et de l'envie nécessaires pour reprendre une activité professionnelle et que le véritable obstacle réside plutôt dans sa personnalité et le fait que le marché de l'emploi n'offre pas suffisamment de possibilités compte tenu de sa formation. L'avis de l'expert n'est dès lors pas isolé.

A/3656/2009 - 11/13 - Tel est le cas, en revanche, de celui du médecin traitant, le Docteur M_____, qui est en définitive le seul à conclure à une totale incapacité de travail, qu'il motive par le fait que sa patiente ne disposerait plus des capacités de concentration suffisantes, fait qui n'a été corroboré par aucun des deux spécialistes. Son avis ne paraît dès lors pas suffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expert. On rappellera au surplus, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement

que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. Quant au fait que l'entretien avec l'expert n'ait duré qu'une heure et demie, il n'est pas relevant. En effet, la durée de l'examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). On retiendra donc que, sur le plan psychique, la recourante ne souffre d'aucune atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail. On rappellera à cet égard que les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CHAI). Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, comme c'est le cas en l'occurrence, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci trouve sa source dans des facteurs socioculturels ; il faut encore qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable (en d'autres termes, il faut 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). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Quant aux « sérieux problèmes oculaires » invoqués par la recourante, force est de constater qu'elle n'en avait jamais fait état avant son écriture de recours et à juste titre, puisqu'ils ne sauraient être considérés comme suffisamment sévères pour

A/3656/2009 - 12/13 - avoir une répercussion sur sa capacité de travail. On en veut pour preuve qu'ils n'ont jamais même été mentionnés par ses médecins. Il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours est donc rejeté.

A/3656/2009 - 13/13 -

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