

GE_GERICHTE ATAS/646/2008 vom 22. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_646_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/646/2008 du 22 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/646/2008 del 22 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 18 octobre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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

A/4347/2006 - 15/21 - 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. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, sous la forme d'une rente, singulièrement sur la question de savoir si elle présente ou non une atteinte à sa santé invalidante au sens de la loi.

E. 5

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). 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). 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).

b) 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 consid. 4 et les références).

c) 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 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 A/4347/2006 - 16/21 - 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 ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des

affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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

A/4347/2006 - 17/21 - empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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. 7

a) De nombreux rapports médicaux figurent au dossier. L'intimé a fondé son appréciation des troubles présentés par la recourante - de nature psychiatrique exclusivement, ce qui n'est nullement contesté - principalement sur les conclusions du rapport rédigé par la doctoresse E_____. Or, il apparaît ledit rapport médical, du 18 août 2006, a été rendu par un médecin qui s'est prévalu d'un titre auquel il ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Ces irrégularités d'ordre formel liées à la personne du médecin examinateur et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007, I 65/07, notamment). Dès lors, on ne peut accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 18 août 2006 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de la recourante. Aussi, le Tribunal de céans ne saurait apprécier le caractère invalidant des troubles présentés par l'intéressée sur ce seul avis médical d'une valeur

probante affaiblie. Il en va de même des avis subséquents de la doctoresse E _____ qui, au demeurant, ne sont que fort succincts et se limitent pour l'essentiel à affirmer qu'il n'y a rien à ajouter aux considérations contenues dans le rapport initial. b) Le rapport de la doctoresse E _____ est largement inspiré, quoi qu'en dise l'intimé, de celui du docteur L _____. En effet, non seulement les conclusions en sont identiques (ce qui en soi, il est vrai, n'est pas significatif), mais nombre de remarques se retrouvent textuellement dans chacun des deux rapports. Le SMR, dans ses multiples prises de position, justifie la valeur des conclusions prises par son examinatrice par le fait qu'elles sont corroborées par les conclusions du docteur L _____. Il y a dès lors lieu d'examiner également la valeur probante de l'avis rendu par ce dernier. Tout d'abord, le Tribunal constate que le rapport du docteur L _____ est émaillé, dans sa partie consacrée à l'anamnèse, de jugements de valeur et

A/4347/2006 - 18/21 - d'appréciations propres à l'expert, alors qu'il devrait au contraire ne contenir que les constatations objectives de l'expert et les dires de l'assuré, sans parti pris. Par ailleurs, le rapport comporte de nombreuses contradictions (pour n'en citer qu'une : l'assurée ne fait pas preuve, selon l'expert, de comportement inadéquat, mais se comporte de manière inadéquate envers lui ; p. 13). Le médecin, qui semble apporter une importance extrêmement significative à une prétendue consommation d'alcool chez une assurée qui déclare ne pas en consommer, tire des conclusions et émet des propositions relatives à une problématique qu'il n'a même pas jugé utile de vérifier (ne serait-ce que par le biais d'analyses). A ce dernier propos, force est de constater que la qualification de menteuse attribuée à l'expertisée repose en partie, ainsi que les diagnostics formulés, sur des résultats d'analyses sanguines (dosage des taux plasmatiques des médicaments prescrits). Or, si ces taux sont nuls pour certains principes actifs, cela est justifié par le fait que l'intéressée ne prend pas (ou plus) tel type de médicament. Les résultats démontrent par contre que l'intéressée prend son anti-dépresseur (Fluctine) et a interrompu la prise de neuroleptique (interruption suite à un malaise dû à une intolérance au médicament). Quant à la seconde partie des résultats obtenus, elle n'est pas relatée dans le rapport, pas plus que les avis des médecins contactés et ayant manifesté leur désaccord avec les conclusions de l'expert. De même, bien des constatations de ce dernier sont clairement contredites par plusieurs avis médicaux antérieurs ou ultérieurs ; on citera en particulier la mention selon laquelle l'expert se serait entretenu avec le médecin traitant de l'intéressée (le docteur M _____), ce que ce dernier nie formellement. Les propos relatés dans le complément d'expertise du 5 novembre 2003 et attribués au docteur N _____, médecin du CTB, ne correspondent nullement avec le rapport co-signé par ce dernier en date du 28 novembre 2003. Enfin, les conclusions auxquelles arrive l'expert ne sont pas convaincantes : dans un premier temps, il estime que l'assurée présente un trouble somatoforme indifférencié (diagnostic d'exclusion) ainsi que des exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux ; l'intéressée ment et simule; dans un deuxième temps, en raison de l'hospitalisation au CTB, l'expert admet une prolongation de l'arrêt de travail (initialement reconnu pour des motifs non psychiatriques – PSH de l'épaule) justifiée par la nécessité d'apporter des soins à la patiente, le tableau clinique qu'elle présente et les délais indispensables au rétablissement. Ce faisant, il revient sur ses conclusions : une simulation de maladie ne justifie pas de traitement et encore moins de rétablissement. Appelé à se prononcer à nouveau, le docteur L _____ confirme ses conclusions initiales sur la base d'un test de personnalité (qui ne constitue pas une expertise au sens où l'entend la jurisprudence), dont il est semble-t-il possible que les résultats soient influencés par les motivations de l'expert lui-même entre

autres (cf. avis de la doctoresse R_____), mais mentionne tout de même que l'intéressée répond à la fois à certaines définitions des troubles borderline et de la dépression.

A/4347/2006 - 19/21 - Pareille constellation ne permet en aucun cas d'accorder une quelconque valeur aux conclusions et considérations des rapports du docteur L_____, ce d'autant moins que le Tribunal de céans, dans son arrêt du 31 août 2005 (ATAS/737/2005), avait déjà critiqué les avis de ce médecin, constatant qu'ils étaient suffisamment contredits par les autres pièces médicales pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

E. 8

L'ensemble de la documentation médicale – fort abondante en l'occurrence – permet toutefois au Tribunal de céans de conclure à l'incapacité totale de travailler de la recourante sans qu'il soit utile de procéder à une expertise supplémentaire. En effet, les différents médecins s'accordent à dire que l'intéressée présente, au premier plan, un trouble de la personnalité émotionnelle de type borderline, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent dont la gravité varie dans le temps. Un trouble du registre de la somatisation (dénommé tantôt trouble somatoforme douloureux, tantôt fibromyalgie) est également mentionné, mais n'est apparu que postérieurement aux autres diagnostics. Il ne fait nul doute qu'à lui seul, le diagnostic de trouble de la personnalité constitue bien plus qu'un simple obstacle partiel à la réinsertion professionnelle de la recourante. Il s'agit au contraire d'une pathologie qualifiée de grave par plusieurs spécialistes et, à la différence de ce que soutient le SMR, sa décompensation n'est pas seulement sporadique, mais présente bien plutôt un caractère de chronicité et de rigidité en faisant une véritable maladie psychique à caractère invalidant, au contraire de simples traits de personnalité. Les multiples hospitalisations (volontaires ou forcées) de l'assurée démontrent, si besoin est, la sévérité du trouble dont elle est atteinte. A ce propos, il est patent que la symptomatologie persiste, comme l'établissent les nouveaux internements subis par l'assurée après que la décision litigieuse a été rendue. On ne saurait en effet trouver des motifs objectifs autres qu'un état de santé sévèrement perturbé pour justifier les hospitalisations répétées – et parfois de durée relativement importante (jusqu'à deux mois), quoi qu'en dise le SMR – de l'intéressée. Même le docteur Q_____, qui pensait à une reprise de travail dans les quatre à six mois en 2003, émettait pourtant un pronostic très réservé. Vu le nombre de médecins spécialistes qui ont eu à se prononcer sur le cas de la recourante et leur unanimité relative tant aux diagnostics posés qu'à leurs conséquences sur la capacité de travail, ainsi que les nombreux rapports fort complets et clairement motivés de la psychiatre traitante, il convient de retenir que la recourante présente, depuis le début de son arrêt de travail, une incapacité de travail totale et de longue durée. Le seul avis dissident de la doctoresse K_____ ne saurait se voir accorder un quelconque crédit. D'une part, il n'est en effet pas de la compétence d'un médecin, même titulaire d'un brevet fédéral de spécialiste en assurances sociales, de se prononcer sur la valeur probante de rapports médicaux, cette question ressortant au domaine juridique. D'autre part, n'étant au bénéfice d'aucune spécialisation

A/4347/2006 - 20/21 - médicale, la doctoresse K_____ ne possède pas les qualifications professionnelles lui permettant de contester les considérations (motivées) d'un spécialiste en psychiatrie, fût-il le médecin traitant, et encore moins de conclure que ce dernier confond les registres des troubles au terme d'une discussion doctrinale au demeurant non étayée par des références ad hoc et parfois peu compréhensible. Enfin, le ton

employé par la doctoresse K_____ est pour le moins déplacé dans le cadre d'un rapport de médecin d'assurance, sensé être rédigé de façon objective et neutre.

E. 9

Il suit de tout ce qui précède que la recourante, totalement incapable de mettre à profit une quelconque capacité de travail résiduelle, doit être mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (taux de 100 %), à compter du 1er juin 2004 (échéance du délai de carence ; art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

E. 10

L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice fixés en l'espèce à 1'000 fr. Il versera en outre une indemnité à titre de dépens à son adverse partie de 2'500 fr., vu le nombre des actes de procédure.

A/4347/2006 - 21/21 -

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