

GE_GERICHTE ATAS/673/2009 vom 29. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_673_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/673/2009 du 29 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/673/2009 del 29 maggio 2009

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'art. 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). 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

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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). 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

A/1249/2008 - 8/12 - 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 les 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 la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.

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 261 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

A/1249/2008 - 9/12 - (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; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [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

La recourante fait grief à l'intimé d'avoir nié toute atteinte à la santé invalidante en se basant sur le rapport du SMR du 22 novembre 2006.

A/1249/2008 - 10/12 - Sur le plan somatique, il apparaît que le Dr L _____ s'est en effet écarté des conclusions du Dr N _____, qui avait attesté d'une incapacité de travail. Cependant, ainsi que le relève le Dr O _____, le Dr L _____ a motivé ses conclusions par des observations cliniques et radiologiques précises et convaincantes, ceci après avoir procédé à examen clinique complet et détaillé de l'intéressée. Au surplus, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions du Dr L _____ en dehors de l'attestation d'incapacité de travail du Dr N _____ évoquée supra. Quant aux troubles du sommeil invoqués par la recourante, force est de constater que les spécialistes ont certes constaté une « architecture globale du sommeil perturbée » mais ils ont aussi conclu que la polysomnographie était dans les limites de la norme, qu'une partie des anomalies observées pouvait être mise en relation avec un « effet de première nuit » et que l'index d'apnée ne permettait pas de retenir le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Reste la question d'éventuelles atteintes psychiques. Le Dr M _____ a conclu à l'absence de toute atteinte psychique, alors que la Dresse P _____ concluait à un état dépressif sévère avec éléments psychotiques. Il est vrai cependant que la Dresse P _____ n'a aucunement étayé ce diagnostic et s'est contentée de se faire l'écho des plaintes de sa patiente, de sorte que son avis ne saurait jeter le doute sur les conclusions du Dr M _____. Quant à la Dresse Q _____, force est de constater qu'elle ne s'est pas montrée très catégorique quant au diagnostic d'état dépressif avec éléments psychotiques retenue par sa collègue. Elle a d'emblée admis qu'il était difficile de déterminer si les bruits que disait entendre la patiente constituaient véritablement des symptômes psychotiques ou s'il s'agissait simplement des séquelles d'une opération de l'oreille. La Dresse Q _____ a également admis que l'on ne pouvait qualifier le traitement suivi par la patiente de « lourd ». D'un autre côté, le témoin a aussi précisé que, depuis avril 2008, l'état de la patiente, s'il avait varié, n'avait jamais été, au mieux, que de gravité moyenne. On peut également relever que la Dresse Q _____, si elle a certes estimé envisageable une reprise d'activité, a soumis cette dernière à certaines conditions et décrit une activité très légère et à temps partiel seulement. Ces éléments, s'ils ne sont pas suffisants pour s'écarter des conclusions du Dr M _____, sèment toutefois le doute, d'autant qu'un laps de temps pour le moins important s'est écoulé entre l'examen du SMR (22 novembre 2006) et la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (26 février 2008). Dans ces circonstances, il n'est pas exclu que l'état psychique de la

recourante ait pu se dégrader, ce qui expliquerait la divergence importante entre les diagnostics retenus par le SMR et ceux des Dresse P_____ et Q_____. Le Dr O_____ évoquait d'ailleurs cette éventualité, préconisant, avant de solliciter

A/1249/2008 - 11/12 - une expertise complémentaire, d'interroger le psychiatre traitant. L'audition de ce dernier ne permettant pas au Tribunal de se forger une opinion, il conviendrait de procéder à une expertise complémentaire sur le plan psychique, pour déterminer de quelle manière a évolué l'état de l'assurée et, s'il s'est aggravé, quelles sont les répercussions exactes sur sa capacité de travail et quelles activités pourraient être envisagées. Étant rappelé que le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). et qu'en matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002), la cause est renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de confier le soin à un psychiatre indépendant de procéder à une nouvelle expertise. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis.

A/1249/2008 - 12/12 -

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