

GE_GERICHTE ATAS/677/2009 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_677_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/677/2009 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/677/2009 del 28 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

A/449/2008 - 9/13 - 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 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir si les atteintes à sa santé se traduisent par une diminution de sa capacité de travail, à combien s'élève 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

A/449/2008 - 10/13 - 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; 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

A/449/2008 - 11/13 - 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 de n'avoir pas suffisamment pris en considération ses troubles mictionnels et d'avoir par ailleurs nié l'existence d'une atteinte psychique invalidante en se basant sur le rapport bidisciplinaire du SMR du 12 novembre 2007. Sur le plan somatique, le SMR a retenu l'existence de problèmes lombaires, dont ils ont relevé qu'ils étaient encore accentués par la problématique du genou, et admis à ce titre un nombre important de limitations fonctionnelles. Sur ce point, leurs conclusions ne sont pas contestées. S'agissant plus particulièrement des problèmes urinaires de l'assurée, les médecins du SMR les ont jugés non invalidants. Des explications du Dr T_____, il ressort qu'effectivement, l'assurée doit fréquemment vider sa vessie - jusqu'à vingt fois par jour (ce qui correspond à la fréquence d'une à deux fois par heure alléguée par le Dr S_____) et cinq fois par nuit. Il conviendra dès lors de retenir au nombre des limitations fonctionnelles, la possibilité de pouvoir se rendre aux toilettes fréquemment. Quant à la fatigabilité accrue alléguée par certains des médecins, elle est difficilement traduisible en termes de diminution de capacité de travail. Sans doute faudra-t-il également éviter les activités impliquant une grande concentration, mais pour le reste, il n'y a pas de motifs suffisants pour s'écarter de l'appréciation du SMR sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le SMR a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen posé par le Dr M_____ au motif qu'il n'y avait eu qu'un seul et même épisode, ce qui est corroboré par les documents médicaux versés au dossier. Il a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif pour ne retenir qu'une simple dysthymie, au motif que le diagnostic d'épisode dépressif requiert la présence d'au moins deux de trois symptômes typiques, qui n'ont pu être objectivés. Il y a lieu de rappeler, qu'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), 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.

A/449/2008 - 12/13 - Tel n'est pas le cas en l'espèce. Certes, tant le Dr M_____ que le Dr Q_____ ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Le Dr M_____ a cependant admis que l'état de sa patiente avait fluctué dans le temps à tel point que son état s'était parfois amélioré au point que les critères pour conclure à un état dépressif majeur n'étaient plus présents. Il a également évoqué une rechute en août 2006, mais dont on ignore combien de temps elle a duré exactement. Le fait est qu'en novembre 2007, lorsque les médecins du SMR se sont exprimés, il n'était donc pas exclu que l'état de l'assurée se soit à nouveau amélioré. Quant au Dr Q_____, s'il a émis l'avis que la capacité de travail de la recourante est entamée en ce sens que sa personnalité provoque des troubles relationnels (des crises de colère peuvent ainsi intervenir à la moindre contrainte) et formulé des doutes quant à la capacité de sa patiente à disposer des ressources lui permettant d'assumer un travail régulier et de répondre aux exigences d'un employeur, même dans une profession qui impliquerait moins de contacts, il n'a toutefois pu conclure catégoriquement à une diminution de la capacité de travail et n'a en tout cas pu évaluer cette dernière. Quant au diagnostic de personnalité borderline, force est de constater qu'il est présent chez la recourante depuis l'adolescence et qu'il ne l'a pas empêchée de travailler par le passé, malgré l'instabilité alléguée. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que décrite par ses médecins et le SMR, étant précisé au surplus que cette activité doit lui permettre de s'absenter régulièrement pour se rendre aux toilettes et ne pas requérir une concentration importante. Dans la mesure où l'intimé a procédé à une comparaison des gains en retenant à titre de revenu d'invalidé le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et répondent à la description donnée supra. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner la recourante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPGA), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 7

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté, étant précisé que si l'état de la recourante devait à nouveau s'aggraver, il lui sera loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI.

A/449/2008 - 13/13 - La recourante, qui succombe, plaide au bénéfice de l'assistance juridique. Dans ces circonstances, il est renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

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