

GE_GERICHTE ATAS/74/2012 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_74_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/74/2012 du 31 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/74/2012 del 31 gennaio 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

A/2944/2011 - 13/17 - 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 LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

mai 2003, consid. 2.2). b) 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

A/2944/2011 - 14/17 - 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. À cet égard, il convient 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 médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

L'expertise réalisée par les Drs B_____ et C_____ correspond en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante d'un rapport médical, puisque ces experts l'ont établie en pleine connaissance du dossier médical, qu'elle comprend une anamnèse détaillée, que leurs diagnostics ont été posés à l'issue d'examen cliniques fouillés et que leurs conclusions sont claires et soigneusement motivées. Ces médecins ont notamment

A/2944/2011 - 15/17 - expliqué pour quelles raisons ils s'écartaient de certains diagnostics posés par leurs confrères. Les rapports des médecins traitants de l'assurée ne sont pas suffisants pour remettre en cause les constatations des experts sur la capacité de travail totale de l'assurée dans son activité habituelle. S'agissant de la neuropathie établie par la Dresse T_____, cette atteinte est qualifiée de très discrète par la neurologue, qui a d'ailleurs considéré qu'elle n'était vraisemblablement pas en lien avec les douleurs au bras alléguées par l'assurée. Ce diagnostic a en outre été pris en compte par l'expert. C'est également le cas des autres atteintes recensées par la Dresse T_____ dans son rapport du 18 novembre 2010. On notera d'ailleurs que cette spécialiste n'a été consultée

que deux fois par l'assurée en 2005 et 2009, de sorte que son rapport de 2010 a apparemment été établi sans nouvel examen de l'assurée. Quant aux rapports du Dr S _____, il y a lieu de noter que ses diagnostics ne sont pas constants. Ce praticien a en effet fait état d'un épisode dépressif moyen en février 2010, alors qu'il a qualifié l'atteinte psychique de trouble dépressif récurrent moyen et de trouble anxieux en décembre 2010, ce qui justifie déjà qu'on s'écarte des constatations de ce médecin. En tout état de cause, de tels troubles n'ont pas été retenus par la Dresse C _____, qui a exposé les observations cliniques et les arguments médicaux qui lui permettaient d'écarter ce diagnostic. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail par le Dr S _____, la formulation des rapports du psychiatre traitant laisse à penser qu'elle se fonde avant tout sur les plaintes subjectives de l'assurée, puisqu'il y indique que celle-ci ne se "sent" pas apte à reprendre l'activité exercée précédemment. Il y a en outre lieu de souligner que les indications du Dr S _____ sont contradictoires. Il a en effet relevé en février 2010 que le traitement médicamenteux avait amélioré les troubles du sommeil, alors qu'il rapporte que l'assurée se plaint de tels troubles en décembre 2010. De plus, il fait état en décembre 2010 d'un pronostic incertain en raison de l'inefficacité du traitement anti-dépresseur, tout en indiquant une possible reprise de l'activité professionnelle dès avril ou mai grâce à l'amélioration amenée par les mesures médicales. S'agissant du Dr R _____, il ne fait pas état d'atteintes dont les experts auraient omis de tenir compte dans leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée, si bien que ses rapports ne permettent pas de remettre en cause leurs conclusions. La même remarque vaut pour les constatations des Drs U _____ et Q _____. Le Dr U _____ ne se prononce au demeurant pas sur la capacité de travail de l'assurée, tandis que le Dr Q _____ est pour le moins imprécis à cet égard, puisqu'il indique qu'elle est nulle "suivant les époques". Enfin, si le rapport des neuropsychologues a relaté un déficit isolé de la mémoire épisodique, cet élément n'a pas été constaté par les médecins chargés de l'expertise, qui ont noté lors de l'anamnèse que l'assurée n'avait aucune difficulté mnésique.

A/2944/2011 - 16/17 - Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des Drs B _____ et C _____, aux termes desquelles l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire. Elle ne peut partant pas prétendre à des mesures de réadaptation ou à une rente de l'assurance-invalidité. Il convient encore de souligner, comme le relèvent les experts, que cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles qu'ils retiennent et correspond également à celles qui ont été établies par le Dr U _____. Si les Drs R _____, S _____, T _____ et Q _____ retiennent tous des limitations fonctionnelles beaucoup plus importantes, force est de constater que ces médecins ne motivent guère ces restrictions, qui divergent d'ailleurs d'un médecin à l'autre, et dont l'ampleur surprend au vu des diagnostics somatiques établis. L'assurée exige une nouvelle expertise. Si en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu, un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a), l'autorité peut cependant mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). En

l'espèce, l'assurée ne motive aucunement sa demande. Elle ne formule en particulier aucun grief concret à l'égard des experts ou de critique sur le déroulement de l'expertise, qui permettrait de remettre en cause la justesse de leurs conclusions ou d'admettre qu'ils n'ont pas exécuté leur mandat dans les règles de l'art. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à sa requête.

E. 8

Conformément à ce qui précède, le recours doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'assurée supportera l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**A/2944/2011 - 17/17 - 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.