

# **GE\_GERICHTE ATAS/75/2009 vom 27. Januar 2009**

GE Cour de justice, 2009-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_75\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_75_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/75/2009 du 27 janvier 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/75/2009 del 27 gennaio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

### **E. 3**

Conformément à l'art. 60 al. 1er LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La décision du

A/4601/2007 - 9/13 - 25 octobre ayant été reçue par la recourante le 26 octobre 2007, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un dimanche, il a été reporté au lundi 26 novembre 2007 conformément à l'art. 38 al. 1 et 3, applicable en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé à l'office postal le 26 novembre 2007 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est donc recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente entière d'invalidité. C'est le lieu de préciser que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits

survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

## **E. 5**

Selon l'art. 28 al. 1er aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). À cet égard, il sied de relever que le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus

A/4601/2007 - 10/13 - les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Enfin, il ne faut pas perdre de vue que 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). 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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

## **E. 6**

Pour pouvoir estimer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge) 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de

A/4601/2007 - 11/13 - l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

## **E. 7**

En l'espèce, les avis médicaux des docteurs L\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ qui, outre le SMR, se sont exprimés au sujet de la capacité de travail de la recourante, diffèrent quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs. À cet égard, force est de constater que seul le rapport d'expertise réalisé par le docteur N\_\_\_\_\_ le 10 juillet 2007 satisfait aux exigences de rigueur rappelées plus haut. Il apparaît en effet qu'en ce qui concerne les avis médicaux exprimés par les docteurs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude sommaire, essentiellement axée sur les plaintes exprimées par la recourante et sur l'anamnèse, l'appréciation de la situation médicale demeurant lacunaire et les conclusions ne reposant pas sur une motivation pertinente. Il conviendra donc, cas échéant, de faire prévaloir l'expertise sur les avis subséquents. En tout état, les divers avis médicaux recueillis au cours de l'instruction permettent de considérer les éléments suivants comme établis. Sur le plan somatique, la recourante souffre d'obésité depuis l'école primaire, et cette affection retentit notamment sur les articulations de ses membres inférieurs et sur sa colonne lombaire. Elle a, par le passé, lutté avec plus ou moins de succès contre cette surcharge pondérale en se soumettant à des diètes ; à l'occasion d'une période de chômage, la recourante a renoncé à tout exercice physique et elle trompe son ennui en mangeant. Cette surcharge pondérale et les troubles somatiques qui en résultent ne sont cependant pas de nature, en tant que tels, à entraîner une incapacité de travail. Sur ce point, les praticiens s'accordent en effet à dire que la nature des activités qui pourraient être exigées de la recourante, de même que l'intensité des efforts qu'elle est en mesure d'envisager face aux difficultés de l'existence, dépendent essentiellement de son état psychologique, lequel est dominé par la tristesse et un profond sentiment d'injustice. Sur le plan psychique, l'expertise du 10 juillet 2007 relève l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode

entre léger et moyen, de troubles anxieux et d'une personnalité dépendante, tous diagnostics qui ne sont nullement invalidants. Il est en outre fait état du caractère exagéré de la tristesse et des idées noires alléguées, ainsi que de l'absence de suivi du traitement antidépresseur prescrit. Les conclusions du rapport d'expertise, qui attestent une capacité totale de travail du point de vue psychiatrique, sont sans ambiguïté, de sorte que c'est à bon droit que l'OCAI a, sur cette base, refusé le versement de prestations de l'assurance-

A/4601/2007 - 12/13 - invalidité. Reste à savoir si les faits survenus postérieurement étaient de nature à influencer cette appréciation au moment où la décision a été rendue. Les avis médicaux exprimés par la suite ne remettent pas en cause ce qui précède. L'attestation établie le 10 décembre 2007 par l'Institut d'imagerie médicale n'apporte, sur le plan somatique, aucune information dont l'administration ne disposait déjà au moment de la reddition de sa décision. Il en va de même des attestations établies les 2 et 8 janvier par les docteurs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ respectivement. Quant à l'attestation non signée du 8 avril 2008, force est de constater que si elle affirme l'incapacité de la recourante d'accomplir de manière normale une activité rémunérée, elle ne dit rien de l'ampleur des limitations constatées, ni de la nature et de l'intensité qui pourraient être exigés d'une activité adaptée. La seule information nouvelle qui y figure a trait au pronostic favorable que formule le praticien au sujet de l'intervention chirurgicale qui permettrait à l'intéressée de lutter efficacement contre sa surcharge pondérale, laquelle, en l'état, n'entraîne pas, dans une mesure significative, une incapacité de gain au sens rappelé plus haut. Enfin, s'agissant du rappel des effets délétères de l'entourage familial défavorable à l'état de santé psychique de l'intéressée, il s'impose de considérer qu'en l'absence d'un tableau clinique comportant d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, les facteurs psychosociaux ne sauraient être considérés a priori comme invalidants. Au vu de ce qui précède, il convient de conclure que, faute d'avoir établi à satisfaction de droit l'existence d'une incapacité de gain totale ou partielle résultant d'une atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale, la recourante ne peut être réputée invalide. En conséquence, son recours devra être rejeté.

## **E. 8**

Enfin, l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. Compte tenu de la charge liée à la présente procédure, la recourante, qui succombe, devra être condamnée au paiement d'une participation aux frais de justice limitée à 200 fr. pour tenir compte de sa situation.

A/4601/2007 - 13/13 -

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