

GE_GERICHTE ATAS/795/2016 vom 4. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_795_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/795/2016 du 4 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/795/2016 del 4 ottobre 2016

Erwägungen

E. 13

Interrogé par la chambre de céans, le docteur C_____ a, le 22 juillet 2016, indiqué qu'il suivait l'assuré de manière régulière depuis fin 2013, qu'il était à ce moment- là en décompensation totale, de sorte qu'il l'avait rapidement mis en arrêt de travail. Il confirme avoir considéré que l'assuré était depuis février 2014 incapable de travailler à 100 %. Il précise que lorsqu'il a rédigé son rapport du 19 septembre 2014, l'assuré aurait pu reprendre son travail à 80 %, que sa capacité s'était toutefois vite détériorée par épuisement physique et psychique. Il ajoute à cet égard que son courrier adressé à l'OAI le 10 novembre 2014 résume la situation. Il relève que « cette période où l'on aurait pu imaginer que le patient reprenne une activité professionnelle a duré très peu de temps, le patient s'enfonçant physiquement et psychiquement dans une dépression et un burn out incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Cependant, le patient est capable intellectuellement de fournir un travail qu'il a toujours fait, soit d'informaticien, mais son handicap physique le limite fortement. » Le Dr C_____ a par ailleurs déclaré que « à ma dernière consultation du 12 avril 2016, il est toujours dans une situation de détresse, de précarité importante et de dépression qui empêche toute activité. Je note donc l'incapacité à 100 % de ce patient d'une part physique, car il est au bout de ce qu'il peut faire, et d'autre psychique découlant de la première. »

E. 14

Le 23 septembre 2016, l'OAI, se fondant sur l'avis établi par le SMR le 23 septembre 2016, a maintenu ses conclusions.

E. 15

Ce courrier a été adressé à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

A/1080/2016 - 5/10 - 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI. 5. a. 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. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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/1080/2016 - 6/10 - 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 importe 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). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/1080/2016 - 7/10 - Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI : « L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptations raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA162) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins ». 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 9. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. En l'espèce, il n'est pas contesté que sur le plan somatique, l'assuré souffre d'une malformation congénitale, spina bifida avec multiples problèmes neurologiques, et présente une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit dans une activité sédentaire et assise, sans port de charges,

A/1080/2016 - 8/10 - permettant l'alternance des positions, et dans laquelle un poste à proximité des toilettes est privilégié, étant précisé que l'activité habituelle respecte ces limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, le Dr C_____ a retenu le diagnostic d'état dépressif réactionnel et fait état d'un épuisement progressif en relation directe avec sa condition physique. Dans un premier temps, il a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis le 1er décembre 2014. Le 18 septembre 2014, il a informé l'OAI que son patient allait mieux et qu'il était capable de travailler dorénavant à 60 ou 80% dans son activité d'informaticien ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 10 novembre 2014, le médecin a précisé que même si l'état dépressif semblait s'être amélioré, « il n'en reste pas moins que le patient souffre d'une faiblesse généralisée et que je ne le vois pas reprendre son travail dans les conditions actuelles ». Il a indiqué le 17 avril 2015 que l'état de santé de son patient s'était amélioré grâce à un meilleur moral et à des séances de physiothérapie. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée (pas de port de charges et pas de déplacements). Sur cette base, l'OAI a considéré que l'assuré était incapable de travailler à 100% du 1er février au 30 août 2014, et à 40% du 1er septembre au 31 décembre 2014, et qu'il avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 1er janvier 2015. La chambre de céans a toutefois constaté que le Dr C_____ avait délivré à l'assuré des certificats d'incapacité entière de travail de janvier à mai 2015. Invité à préciser ce qu'il en était, le Dr C_____ a expliqué, par courrier du 22 juillet 2016, que la période durant laquelle « on aurait pu imaginer que le patient reprenne une activité professionnelle » avait en réalité duré peu de temps, celui-ci « s'enfonçant physiquement et psychiquement dans une dépression et un burn-out incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. ». Le médecin conclut, de manière quelque peu contradictoire, que l'assuré peut exercer son activité antérieure intellectuellement, mais est fortement limité par son handicap physique. Or, il a déjà été relevé que l'activité antérieure respectait précisément les limitations fonctionnelles. Aucune aggravation de l'état de santé physique n'est par ailleurs alléguée. Le médecin fait enfin état d'une grande précarité, laquelle ne peut être prise en considération dans le cadre du présent litige. On ne saurait en effet parler d'invalidité au sens de l'AI que si l'incapacité de gain ou l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Autrement dit, il faut qu'il existe un lien de causalité entre ces deux éléments. Il n'y a pas de lien de causalité, et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité, lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé mais par d'autres facteurs, notamment par la situation économique (RCC 1989 p. 322).

A/1080/2016 - 9/10 - Force dès lors est de retenir les taux d'incapacité de travail auxquels a conclu l'OAI et de constater, partant, que l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne, de 11 mois seulement, de février à août 2014 à 100% et de septembre à décembre 2014 à 40%, soit une durée insuffisante au sens de l'art. 28 al.1 LAI,

pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

A/1080/2016 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

À la forme :

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