

GE_GERICHTE ATAS/835/2010 vom 18. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_835_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/835/2010 du 18 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/835/2010 del 18 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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. Sur le plan matériel, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant rappelé que le juge n'a pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1 ; 129 V 4 consid. 1.2). Lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel – même en cas de changement des bases légales – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références ; voir aussi ATF 130 V 329).

E. 3

Le recours, interjeté en temps utile et dans la forme requise, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 LPA ; RS E 5 10)).

E. 4

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

E. 5

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée 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. 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;

A/982/2010 - 6/10 - 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

A/982/2010 - 7/10 -

E. 7

En l'espèce, une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été réalisée au BREM le 17 septembre 2009 par les Drs P_____ et Q_____. Au terme de leur analyse, les experts ont retenu une absence d'atteinte à la santé tant sur le plan psychiatrique que somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: une polyarthrite séronégative, une rhino-conjonctivite allergique, un status après déchirure du ménisque interne droit, une dysthymie et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. En

définitive pour les experts, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail en l'absence de limitation fonctionnelle tant somatique que psychiatrique.

E. 8

La recourante conteste cette expertise et considère ne pas être, sur le plan psychique, capable de travailler. Le Dr M_____, son psychiatre traitant depuis le mois de janvier 2001, est du même avis et conteste le diagnostic du trouble dépressif récurrent en rémission, ainsi que les conclusions de l'absence durable de toutes limitations fonctionnelles. Selon lui, l'incapacité de travail globale de sa patiente en l'état actuel reste entière et il propose d'objectiver et de quantifier ces limitations fonctionnelles psychiques et physiques par un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois. Il y a donc en l'occurrence une divergence d'avis entre les experts du BREM et le psychiatre traitant de l'assurée.

E. 9

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 enfin que les conclusions de 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant plus particulièrement 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/982/2010 - 8/10 - Le but de l'expertise pluridisciplinaire est quant à lui d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

E. 10

En l'espèce, le Tribunal de céans relève que le BREM a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, sur le dossier radiologique et sur les bilans sérologiques, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une trentaine de pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les experts du BREM sont parvenus à des conclusions claires. Les experts ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée; ils ont expliqué de façon convaincante pour quelles raisons ils s'écartent de l'appréciation des médecins traitants quant à la capacité de travail exigible. Tant sur le plan psychiatrique que somatique, les experts sont parvenus à la conclusion que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Seuls des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont retenus, à savoir une polyarthrite séronégative, une rhino- conjonctivite allergique, un status après déchirure du ménisque interne droit, une dysthymie et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Les experts

A/982/2010 - 9/10 - ont ainsi retenu une absence de limitation de la capacité de travail en l'absence de toute limitation fonctionnelle, cela d'un point de vue global. Le rapport établi par le Dr M_____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. A ce propos, il convient de rappeler que 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. L'analyse du Dr M_____ est au demeurant particulièrement succincte. Dans la mesure où l'opinion divergente du Dr M_____ n'est pas apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts du BREM, il ne se justifie pas de mettre en place une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale ou d'un stage d'observation professionnelle de plusieurs mois.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions des experts et retient que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et de gain. Partant, elle n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 12

Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté et la décision de l'OAI confirmée.

E. 13

L'émolument, fixé à 200 frs, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/982/2010 - 10/10 -

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