

GE_GERICHTE ATAS/868/2007 vom 21. August 2007

GE Cour de justice, 2007-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_868_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/868/2007 du 21 août 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/868/2007 del 21 agosto 2007

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse a été rendue en date du 30 mai 2006 mais statue sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002. Le présent litige sera dès lors examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et selon la LPGA pour la période postérieure. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité et, plus particulièrement sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

E. 5

L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA).

E. 6

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 66 2/3% 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.

A/1205/2007 - 7/11 -

E. 7

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER- BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Il appartient ainsi aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

E. 8

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. Or, 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

A/1205/2007 - 8/11 - 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). 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).

E. 9

L'examen psychiatrique conduit par le Dr E _____ le 3 février 2006 se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Une nouvelle expertise médicale s'avère dans ces conditions inutile. Tant le Dr D _____ que le Dr E _____ ont retenu le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde. Les deux experts ont relevé que l'assuré avait, malgré ce trouble, fonctionné convenablement et exercé une activité lucrative dans le milieu informatique à satisfaction, mais ont constaté que le licenciement avait été

A/1205/2007 - 9/11 - ressenti tellement violemment par l'assuré, qu'il avait donné lieu à une décompensation. Selon le Dr D _____ en effet, l'assuré réagit fortement à des événements extérieurs et le licenciement avait constitué "une sorte de pic" à cet égard. Le Dr E _____ a quant à lui décrit l'assuré comme "hors piste" depuis ce licenciement. Les deux médecins sont ainsi d'accord sur le diagnostic posé et ses conséquences, à savoir notamment que l'assuré avait réagi fortement face à son licenciement (décompensation) et présente de sérieuses difficultés dans les relations interindividuelles, Les deux médecins divergent en revanche dans leur point de vue concernant la capacité de travail. Le Dr D _____ considère que celle-ci est nulle de mai 2000 à août 2003 et de 60% depuis.

Le Dr E_____ estime au contraire que le trouble de la personnalité présent depuis l'enfance, et qui n'a que peu évolué, ne justifiait pas une incapacité de travail dépassant 10% environ (diminution du rendement), puisqu'il n'a précisément pas empêché l'assuré de travailler de manière adéquate dans l'informatique durant plusieurs années. Le Tribunal de céans constate que le médecin traitant lui-même semble partager l'avis du Dr E_____, dans la mesure où il n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique précis. Dans son certificat du 25 juillet 2006 du reste, le Dr A_____ se borne à rapporter les plaintes de son patient. Il sied quoi qu'il en soit de relever que le Dr A_____ n'est pas psychiatre. L'assuré présente certes des singularités de comportement, celles-ci ne devraient cependant pas l'empêcher d'exercer une activité lucrative dans l'informatique, domaine qu'il maîtrise et dans le cadre duquel il lui est possible de gérer le trouble dont il est atteint. Il y a au surplus lieu de rappeler, à l'instar du Dr E_____, que l'assuré a fonctionné professionnellement de manière satisfaisante pendant des années, malgré ce trouble de la personnalité préexistant.

E. 10

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il convient d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter ces troubles et de se réinsérer dans un processus de travail.

E. 11

Aussi le recours doit-il être rejeté.

A/1205/2007 - 11/11 -

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