

# **GE\_GERICHTE ATAS/957/2016 vom 22. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_957\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_957_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/957/2016 du 22 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/957/2016 del 22 novembre 2016

## **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 - 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.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, plus particulièrement sur la condition du délai d'attente d'une année.

### **E. 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

A/1349/2016 - 7/12 - 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).

## **E. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit 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).

A/1349/2016 - 8/12 -

## **E. 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). 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins ».

#### **E. 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

A/1349/2016 - 9/12 - 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).

#### **E. 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).

## E. 10

En l'espèce, se fondant sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, l'OAI a considéré que l'assurée était certes en incapacité de travail depuis le 20 mai 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais était entièrement capable de travailler dans son activité habituelle dès le mois de janvier 2015, et a dès lors rejeté la demande de prestations AI, au motif que le délai d'attente d'une année n'était pas atteint. Force est de constater que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2015 comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assurée. Il a procédé à des constatations cliniques, les a résumées, a décrit clairement les interférences médicales et expliqué pour quelles raisons il a retenu ou écarté des diagnostics. Son appréciation ne contient pas de contradiction. Son rapport se fonde en outre sur l'étude du dossier médical complet tenant compte des divers rapports médicaux. Ses conclusions sont claires et motivées, contenant une appréciation complète et détaillée du cas. Aucun indice concret ne permet dès lors de mettre en cause leur bien-fondé. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'examen du Dr E\_\_\_\_\_ qui répond aux réquisits jurisprudentiels.

A/1349/2016 - 10/12 - Le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cystadénome mucineux pancréatique diagnostiqué en 2011 (status après spléno pancréatectomie gauche élargie le 18 juin 2014, status après embolie pulmonaire en 2014). Les limitations fonctionnelles sur le plan physique concernent le port de charges au maximum de 10 kg non répétitif et l'absence de travaux à effectuer les bras tenus au-dessus de l'horizontale des épaules. Il apparaît que le Dr E\_\_\_\_\_ et la Dresse D\_\_\_\_\_ retiennent, sur le plan somatique, les mêmes diagnostics et le même type de limitations fonctionnelles. Cette dernière cependant ajoute que l'assurée souffre de troubles digestifs qui ne se sont jamais stabilisés, de sorte qu'elle apprécie différemment la capacité de travail de l'assurée. Dans son rapport du 24 mars 2015, la Dresse D\_\_\_\_\_ note en effet une reprise de travail à 30% dès mars 2015 et prévoit une activité à 50% dès avril 2015. Le 24 mars 2016, elle constate qu'en réalité l'assurée a travaillé à 30% dès avril 2015 et à 50% dès fin juin 2015. Elle précise que ce taux de 50% est le maximum de ce que peut accomplir l'assurée. Il y a toutefois lieu de relever, à l'instar du médecin du SMR, que la Dresse D\_\_\_\_\_ ne fournit aucun élément objectif s'agissant de ces troubles digestifs (pas de trouble du sommeil, pas de perte de poids, pas de signe de nervosité) pour étayer son appréciation. De plus, selon la jurisprudence, 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. Il apparaît ainsi que le taux de 50% correspondant au taux d'activité effectivement exercé par l'assurée ne se justifierait pas sur le plan médical, et sur le plan somatique en particulier. La chambre de céans souligne quoi qu'il en soit que selon la Dresse D\_\_\_\_\_, le problème principal actuellement, responsable de son incapacité de travail de 50%, porte sur l'aspect psychiatrique, soit une décompensation progressive d'un état anxieux avec totale perte de confiance en elle, diminution de la résistance au stress, diminution de la concentration, appréhension à sortir de chez elle, baisse de la thymie, diminution de la tolérance à la frustration. Il y a ainsi lieu de constater que selon la Dresse D\_\_\_\_\_ la capacité de travail de l'assurée ne dépasse pas 50% en raison de son état psychique. Elle propose du reste qu'une évaluation psychologique soit effectuée dans le cadre de l'AI. Dans son précédent

rapport daté du 24 mars 2015, elle ne retenait aucun diagnostic psychique, mais indiquait déjà une baisse de résistance au stress, une fragilité psychique et une baisse de la concentration, expliquant que l'état anxieux était en rapport avec un arrêt de travail prolongé et une appréhension de la reprise du travail.

A/1349/2016 - 11/12 - De tels troubles ne suffisent cependant pas à admettre une incapacité de travail, étant rappelé qu'une atteinte à la santé est assurée lorsqu'un diagnostic approfondi et fondé sur les critères d'un système de classification scientifiquement reconnu a été posé (ATF 130 V 396). L'assurée ne suit par ailleurs aucun traitement dispensé par un psychiatre. La Dresse D\_\_\_\_\_ ne fait à cet égard pas état, dans son rapport du 24 mars 2016, d'une aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il n'apporte aucune précision médicale qui permettrait de justifier le taux d'incapacité de travail retenu. Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que les conclusions des Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ne permettent pas de s'écarter de celles du Dr E\_\_\_\_\_. Il y a en conséquence lieu de retenir les taux d'incapacité de travail auxquels a conclu l'OAI et de constater, partant, que l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne, de huit mois seulement, de mai 2014 à janvier 2015, 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/1349/2016 - 12/12 - 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.