

GE_GERICHTE ATAS/959/2011 vom 13. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_959_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/959/2011 du 13 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/959/2011 del 13 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1 ; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références)

La décision litigieuse date du 1er mars 2010 et porte sur des prestations dues, selon la recourante, dès le 1er juin 2009, et selon l'OAI à fin 2007 puisque les faits déterminants, confirmé par le Dr Q_____, remontent en 2006, soit après l'entrée en vigueur de la LPGA et l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la loi sur l'assurance- invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision). Partant, du point de vue matériel, la modification du droit à une rente d'invalidité doit être examinée au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème ou 5ème révision, dans la mesure de leur pertinence.

En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b)

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

A/1106/2010 - 12/16 -

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante, sur le plan psychiatrique, constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité totale de gain et si, de ce fait, elle a droit au versement d'une rente d'invalidité.

E. 4

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. (art. 4 al. 1 LAI). En l'occurrence, les avis sont divergents au sujet de la question de l'invalidité de Madame G_____.

E. 5

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

E. 6

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

E. 7

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. 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

A/1106/2010 - 13/16 - sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références).

E. 8

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

E. 9

Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C_603/2009) « 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 les descriptions 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 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »

E. 10

En l'espèce, la Cour constate que les doutes émis par la recourante au sujet de la valeur probante de l'examen clinique du SMR du 29 juin 2009 effectué par le Dr N_____ sur lequel se base notamment l'OAI étaient pleinement justifiées. En effet, l'examen clinique du SMR mentionné ci-dessus conclut à une capacité de 100% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée alors que, selon le Dr L_____ et le Dr M_____, médecins traitants, l'incapacité de travail de la recourante est de 100% en raison de troubles dépressifs majeurs récurrents et d'anxiété généralisé. Les conclusions de ces derniers médecins ont été confirmées par l'expertise du Dr Q_____. Il sied de constater que cette expertise se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées par l'expertisée et est établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical et une appréciation claire avec des conclusions dûment motivées. Cette expertise qui expose clairement les raisons de l'écart avec l'avis du Dr N_____ et conclut notamment à une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui octroyer pleine valeur probante.

A/1106/2010 - 14/16 -

E. 11

De plus, La Cour retiendra en particulier que, se prononçant sur le contenu de l'expertise du Dr Q_____ en date du 20 avril 2011, l'intimé s'est clairement exprimé au sujet de la situation de la recourante en concluant à l'octroi à la recourante d'une rente entière dès le 1er décembre 2007.

E. 12

Au sujet de la naissance du droit à une rente, il y a lieu de relever que, répondant aux questions de la mission d'expertise, le Dr Q_____ indiquait, comme date de survenance de l'incapacité de travail de la recourante, l'année 2006. Sur cette base, la Cour se ralliera à l'argumentation de l'OAI qui a pris en considération le fait que le délai d'attente débutait au mois de décembre 2006, et, en application de l'art. 29 al. 1 aLAI, admettra que le droit à la rente a pris naissance en décembre 2007.

E. 13

Dans son recours, la recourante a conclu notamment « dire et constater que Madame G_____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er juin 2009 avec intérêts moratoires à 5% en application de l'article 26 al. 2 LPGA. »

Dans un arrêt du 11 octobre 2005, le Tribunal fédéral a rappelé « En matière d'intérêts moratoires, le droit des assurances sociales connaît une réglementation particulière qui diverge du principe non écrit admis par le Tribunal fédéral pour les dettes de droit public (ATF 95 I 262 consid. 3). Selon une jurisprudence déjà ancienne (ATFA 1952 p. 88 et les références), le Tribunal fédéral des assurances considère qu'il n'y a en principe pas place pour des intérêts moratoires, dans la mesure où ils ne sont pas prévus par la législation. La principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts dans ce domaine réside dans le rôle dévolu à l'administration. Celle-ci se présente comme détentrice de la puissance publique chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Lui imposer systématiquement des intérêts moratoires reviendrait à la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin.

Seules des circonstances spéciales peuvent justifier une exception à la règle. L'octroi d'intérêts de retard, dans l'hypothèse de manœuvres illicites et fautives ou purement dilatoires, peut alors se justifier, mais il ne doit intervenir qu'avec retenue, notamment quand le sentiment du droit est heurté de manière particulière. Malgré les critiques de la doctrine, cette jurisprudence a été confirmée par la Cour de céans (ATF 127 V 446 consid. 4 et les arrêts cités.)

Entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (voir également ATF 130 V 329) la LPGA prévoit expressément une réglementation en matière d'intérêts moratoires, réglementation qui demeure particulière et propre au droit des assurances sociales (cf Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6 Oktober 2000, Zurich 2003, ch 3 ad art. 26).

A/1106/2010 - 15/16 -

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont en effet dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit (ATF 130 V 334 consid. 6.2). »

En l'occurrence, cette disposition trouve application, dès lors que les conditions, notamment quant au délai, sont réunies. En effet, la naissance du droit aux prestations ayant été fixée par l'OAI au 1er décembre 2007, des intérêts moratoires seront dus dès le 1er décembre 2009.

E. 14

En conséquence, le recours du 30 mars 2010 est admis, la décision de refus du droit à des prestations du 1er mars 2010 est annulée et une rente entière est accordée dès le 1er décembre 2007.

E. 15

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005)-

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 1'500 fr. en faveur de la recourante, au vu du nombre d'actes, d'audiences et d'écritures complémentaires.

A/1106/2010 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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