

GE_GERICHTE A/1927/2012 vom 13. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1927_2012

FR: GE_GERICHTE A/1927/2012 du 13 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1927/2012 del 13 giugno 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.06.2013
A/1927/2012

A/1927/2012 ATAS/603/2013 du 13.06.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1927/2012
ATAS/603/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 13 juin
2013 3ème Chambre En la cause Madame I _____, domiciliée à GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourante contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des
Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame I _____ (ci-après : l'assurée),
née en 1962 au Kosovo, de langue maternelle albanaise, est arrivée en Suisse en 1986. Mère
de deux enfants, nés en 1988 et 1996, l'assurée a suivi une scolarité obligatoire et secondaire
au Kosovo mais aucune formation subséquente.![endif]>![if> 2. A compter de 2001,
l'assurée a effectué des remplacements dans le domaine du nettoyage et, en 2003, elle a été
placée durant une année par l'assurance-chômage comme femme de chambre à 50 % dans
un établissement médico-social.![endif]>![if> 3. A compter de la fin de l'année 2003,
l'assurée a ressenti des douleurs dans les jambes, l'empêchant de rester longtemps assise ou
debout. Son médecin-traitant, le Dr L _____, a diagnostiqué une insuffisance veineuse.
En parallèle, s'est développé une anxiété.![endif]>![if> 4. En 2009, l'assurée a subi une
intervention (stripping bilatéral) afin de traiter ses varices et phlébites à répétition. Cette
opération n'a cependant amené qu'une amélioration passagère, les œdèmes vespéraux et les
douleurs étant réapparus peu après. L'assurée est sous traitement (veinotropes).
![endif]>![if> 5. Le 12 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestation auprès
de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), en invoquant des douleurs dans les
membres inférieurs, des varices et un syndrome dépressif.![endif]>![if> 6. Dans un
rapport du 17 septembre 2009, le Dr L _____ a retenu les diagnostics d'insuffisance
veineuse bilatérale des membres inférieurs, phlébites à répétition, hypertension et syndrome
dépressif (les premières atteintes remontant à 2003, la dernière à 2007). Le médecin a
conclu à une incapacité de 50 % du 1er janvier au 31 décembre 2003 et à nouveau de 50 %
depuis le 1er janvier 2009. Il a préconisé une activité s'exerçant uniquement en position
assise et limitée à quatre heures.![endif]>![if> 7. L'assurée a été adressée pour expertise
au Centre d'expertise médicale (CEMed), où elle a été examinée par les Drs M _____,
spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et N _____, spécialiste FMH en
médecine interne, lesquels ont rendu leur rapport le 18 novembre 2011. ![endif]>![if>
L'examen clinique n'a mis en évidence que de discrets œdèmes prétibiaux, indolores, ainsi
que des veinectasies modérées au niveau des membres inférieurs. L'assurée n'a émis aucune
plainte en dehors de celle d'être facilement fatigable. L'insuffisance veineuse a été jugée
non invalidante dans l'activité précédemment exercée. L'expert a indiqué qu'il suffisait
d'éviter les stations debout prolongées et a préconisé le port de bas de contention. Sur le

plan psychique, la patiente s'est plainte de tristesse, de colère, de stress, d'hypersensibilité. Si, à l'anamnèse, des angoisses et des ruminations anxieuses ont été mises en évidence, elles n'ont pas été jugées suffisantes pour suggérer un trouble anxieux spécifique. L'expert a observé une légère fatigabilité, une légère anxiété, une humeur fluctuante avec un visage fatigué et cerné, un léger abattement, un sentiment de colère avec une fixation sur les difficultés financières et des troubles de mémoire, insuffisants pour conclure à un épisode dépressif. Selon lui, le tableau évoque plutôt un trouble anxieux et dépressif mixte ayant pu justifier temporairement une incapacité de travail en 2004 mais la persistance des symptômes doit être mise sur le compte de la situation socio-économique de l'assurée. Or, il s'agit-là d'un facteur lié à l'environnement et non à un processus invalidant. Quoiqu'il en soit, le trouble est désormais léger et n'entraîne pas d'incapacité de travail. Qui plus est, sa persistance est aussi liée à la mauvaise observance médicamenteuse, comme en a témoigné le dosage sanguin de la fluoxétine, qui a révélé un taux proche de zéro alors même que ce traitement s'élimine très lentement (plus de quatre semaines). L'expert a conclu qu'une meilleure compliance et une amélioration environnementale conduiraient à une diminution du trouble psychique d'autant plus que ce dernier doit être qualifié de léger. En définitive, les experts n'ont retenu aucune incapacité. Ils ont simplement préconisé d'éviter les stations debout immobiles prolongées et encouragé le port de bas de contention. 8. Par décision du 23 mai 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. 9. Par écriture du 25 juin 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à ce que soit mise sur pied une expertise somatique (angiologique) et psychiatrique, en présence d'un interprète de langue albanaise. Quant au fond, la recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à ce que lui soit reconnu le droit à au moins une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010. 10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 juillet 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que l'expertise du CEMed doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il allègue qu'il n'est pas nécessaire que la compréhension entre l'assuré et l'expert soit totale; il suffit que le praticien puisse recueillir les éléments utiles à une appréciation fidèle et pertinente de la situation, ce qui a été le cas en l'espèce. Quant au nombre d'entretiens avec les experts et leur durée, l'intimé a rappelé que ce n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour apprécier la qualité et la valeur probante d'un rapport. 11. Par écriture du 29 août 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle reproche aux experts d'avoir qualifié la Dresse O_____ de psychiatre alors qu'elle n'est que psychologue et en tire la conclusion que cela démontre la légèreté avec laquelle les experts ont lu son dossier. Elle ajoute que si son expression et sa compréhension en français sont peut-être suffisantes pour une évaluation somatique, elles ne le sont pas pour une évaluation psychique. La recourante allègue qu'il est possible qu'elle n'ait pu cerner toutes les subtilités et nuances de la langue. Le fait qu'elle ait suivi quelques cours de français et qu'elle vive en Suisse depuis de nombreuses années ne change rien au fait qu'elle s'exprime encore très mal. 12. Dans sa duplique du 1^{er} octobre 2012, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. 13. Par écriture du 26 octobre 2012, la recourante a fait de même, répétant que ses difficultés linguistiques l'ont sans doute poussée à répondre brièvement et de façon tronquée, faute de vocabulaire précis. 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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). 2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 5. 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; 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 6. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 7. 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. A 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 352 ss consid. 3). S'agissant 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 8. 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 LPG. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité

mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 9. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Selon elle, l'expertise du CEMEd aurait dû être complétée car elle ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

!endif]>![if> Cependant, le rapport d'examen des Drs M_____ et N_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes de cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. A cet égard, on relèvera que la recourante ne peut tirer aucun argument valable du simple fait que Madame O_____ se soit vu qualifier de psychiatre et non de psychologue. Il s'agit en effet là d'une simple erreur ne portant pas à conséquence. La recourante n'a d'ailleurs relevé aucune erreur portant sur les diagnostics ou ses plaintes. Quant au fait que l'assurée n'ait pas été assistée d'une interprète, il y a lieu de rappeler ce qui suit. Dans le contexte d'examen médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (arrêt 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1; arrêt I 245/00 du 30 décembre 2003, publié in VSI 2004 p. 144 consid. 4; arrêt 8C_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et les arrêts cités). Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce et des aspects rappelés supra, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves. En l'occurrence, les constatations des experts, tant en médecine interne qu'en psychiatrie, sont compréhensibles, motivées et claires. La recourante fait valoir que, malgré le fait qu'elle réside en Suisse depuis plus de 25 ans, des nuances ont pu lui échapper lors de son entretien avec l'expert psychiatre. Elle allègue qu'il est également possible qu'elle n'ait pu exprimer correctement ses sentiments. A la lecture de l'expertise, on ne relève cependant aucun indice selon lequel au cours de l'anamnèse, de la réalisation de l'examen clinique ou du status psychique, un aspect déterminant pour constater l'existence d'une atteinte à la santé psychique ou somatique, poser un diagnostic y

relatif, ou évaluer la capacité de travail du point de vue médical, aurait été omis en raison d'une incompréhension linguistique entre l'assurée et les experts. Il a été expressément relevé que si l'assurée s'exprime effectivement "assez mal" en français, cela était suffisant pour l'évaluation. Les experts se sont donc expressément posé la question de savoir si un interprète était nécessaire et y ont répondu par la négative. Il ne semble donc pas vraisemblable que les conclusions de l'expertise – en particulier psychiatrique – aient pu être faussées au point de leur faire perdre toute valeur probante par l'absence d'interprète. D'autant que la recourante se contente d'alléguer de manière toute générale qu'il est possible qu'elle n'ait pu s'exprimer de manière nuancée. Elle ne soutient pas avoir été dans l'incapacité de faire passer telle ou telle information précise à l'expert, ni de n'avoir pas compris les questions de ce dernier. Enfin, les conclusions de l'expert psychiatre apparaissent d'autant moins sujettes à caution que la recourante ne produit aucun élément médical susceptible d'en faire douter. Elle produit certes plusieurs attestations du Dr L _____ mais toutes se contentent de certifier que " l'état de santé de Madame I _____ ne lui permet pas de travailler" (cf. attestations des 3 janvier, 24 février, 3 mars, 1 er avril, 6 mai et 10 juin 2009), sans motiver aucunement cette allégation. De même, dans son rapport du 17 septembre 2009, le Dr L _____ a fait état d'un "syndrome dépressif" sans en indiquer la gravité ni le motiver. On ajoutera que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expert psychiatre n'a jamais allégué que son état psychique était dû à sa précarité. Il a qualifié l'atteinte de légère et relevé que puisqu'elle n'était que de gravité moindre, elle pourrait d'autant mieux s'amender en cas d'amélioration de la situation sociale. Enfin, force est de constater que les limitations fonctionnelles retenues par les experts ont été prises en compte. Il a simplement été considéré que le fait de devoir alterner les positions et éviter les stations debout immobiles prolongées n'entravait pas la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle. Eu égard aux considérations qui précèdent, rien ne permet de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'intimé, se basant sur ce rapport, a nié le droit à toute prestation faute de limitation de la capacité de travail et donc de gain. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. !endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. !endif]>![if> 3. Renonce à percevoir l'émolument. !endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le