

GE_GERICHTE A/2947/2015 vom 26. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2947_2015

FR: GE_GERICHTE A/2947/2015 du 26 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/2947/2015 del 26 maggio 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1983, d'origine turque, arrivée en Suisse au début de l'année 1996, a déposé en juillet 2014 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant une atteinte psychique. 2. De l'extrait de son compte individuel AVS, il ressort que l'assurée a travaillé de janvier 2001 à septembre 2003, avant de toucher des indemnités de l'assurance-chômage jusqu'en 2004. 3. Interrogés par l'OAI, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont répondu en date du 9 juillet 2014 que l'assurée n'avait jamais été suivie par leur Département de santé mental et de psychiatrie. 4. Interrogé à son tour par l'OAI, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a rempli en date du 14 août 2014 un rapport médical faisant état d'un diagnostic « F 33.9 » depuis l'enfance. Le médecin a conclu à des troubles de l'adaptation avec de multiples symptômes somatiques et à un état anxio-dépressif chronique. Il a encore précisé que la capacité de travail était limitée par les capacités de compréhension, de concentration, d'adaptation et de résistance de sa patiente. 5. L'OAI a soumis ce rapport à son service médical régional (SMR) qui, le 12 mai 2015, s'est exprimé en ce sens : « Sur le plan psychiatrique, le médecin traitant de l'assurée, le Dr B_____, atteste d'un trouble dépressif récurrent depuis l'enfance. Notons que l'assurée est suivie uniquement par ce médecin et qu'elle n'est au bénéfice d'aucun traitement psychotrope. Notons également que les troubles psychiques de l'assurée, s'ils existent, ne l'ont apparemment pas empêchée de fonder une famille et d'avoir quatre enfants. Dans ce contexte et au vu des éléments médicaux au dossier, il n'y a donc pas d'atteinte incapacitante selon la LAI ». 6. Par décision du 1er juillet 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, en se référant simplement à l'avis du SMR. 7. Par écriture du 2 septembre 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'audition de son médecin traitant et, quant au fond, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assurée explique qu'elle est arrivée en Suisse avec ses parents alors qu'elle était âgée de 13 ans, qu'elle s'est mariée en 2001, que quatre enfants sont nés de cette union en 2002, 2004, 2007 et 2010, qu'à la fin de sa scolarité obligatoire, elle a commencé un apprentissage d'assistante dentaire qu'elle n'a pu mener à terme, qu'elle a ensuite travaillé comme employée de service auprès de C_____ SA à compter du 2 août 2000, mais qu'un an plus tard, elle a été mise en arrêt de travail pour cause de dépression et n'a plus jamais repris d'activité. La recourante allègue que le Dr B_____, qui la suit depuis une quinzaine

d'années, conclut à un trouble dépressif récurrent et à un trouble de l'adaptation présents depuis l'enfance. Elle s'insurge que le SMR ait basé son avis médical sur le fait que « ces troubles ne l'avaient apparemment pas empêchée de fonder une famille et d'avoir quatre enfants ». Elle lui reproche également un défaut d'investigations quant à son statut, dans la mesure où son extrait de compte individuel AVS mentionne qu'elle a touché des indemnités de chômage. Elle constate que les seules mesures d'instruction qui ont été prises sont un questionnaire envoyé à son médecin traitant et la soumission de ce seul document au SMR. Or, selon la recourante, le rapport du SMR ne saurait se voir reconnaître de valeur probante, puisqu'il ne contient aucune anamnèse, ne décrit pas la situation médicale et ses incidences et ne motive pas ses conclusions. Elle considère qu'il conviendrait d'obtenir des précisions sur son parcours professionnel, de s'enquérir sur son état de santé et l'évolution de celui-ci et d'investiguer les raisons pour lesquelles elle a été empêchée de poursuivre chez C_____ SA. 8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 29 septembre 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimé allègue qu'il n'y a au dossier aucun élément objectif faisant état de l'existence de troubles psychiques de nature à influencer la capacité de travail de l'assurée. Il relève que l'assurée n'est suivie par aucun psychiatre, qu'elle ne prend aucun traitement et que le Dr B_____ ne fait état d'aucune atteinte psychiatrique majeure, puisqu'il ne fait mention que d'un trouble de l'adaptation avec multiples symptômes somatiques et dresse un portrait rassurant de l'état psychique de l'assurée, avec une symptomatologie très limitée, sans aucun signe de sévérité. Le traitement consiste en un bronchodilatateur, un antibiotique et un inducteur du sommeil de très courte durée d'action ; en revanche, l'assurée ne prend ni anxiolytique, ni antidépresseur. 9. Par écriture du 26 octobre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. À l'appui de sa position, elle a produit : - un courriel rédigé le 16 octobre 2015 par le Dr B_____, précisant que la classification « F 33.9 » correspond, selon la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement), à un trouble dépressif récurrent sans précision, qui se traduit, chez l'assurée, par l'absence de motivation au travail, un défaut de concentration, des troubles de l'humeur, une situation de conflit avec les clients ou la hiérarchie et qu'il faut en déduire que sa patiente ne dispose d'aucune compétence pour acquérir un gain ; le médecin ajoute que s'il n'a pas donné plus de détails, c'est parce qu'il laissait à l'OAI le soin de faire évaluer sa patiente par ses experts ; - une évaluation émise le 18 février 2005 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'OCE, concluant à une incapacité totale de travail à compter du 22 octobre 2004, en précisant que celle-ci était temporaire ; - une évaluation émise le 14 juin 2005 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE, concluant à une incapacité de travail totale temporaire ; - ses décomptes de chômage pour la période allant d'octobre 2003 à novembre 2004. 10. Par écriture du 16 février 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en faisant remarquer que, selon les médecins-conseils de l'OCE, l'incapacité de travail de la recourante avait été temporaire. 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 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI,

les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de négation de droit de l'intimé, plus particulièrement sur la question de savoir si les investigations qui ont été menées par l'intimé sont suffisantes.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. 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).

8. 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).

9. 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 LPGA), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. 9. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 11. 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).>[if > 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>[if > Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 13. En l'espèce, force est de constater que le médecin-traitant, qui conclut à une incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de l'adaptation de l'assurée, ne motive sa position par aucun symptôme alarmant. Il ne retient ainsi qu'une absence de motivation au travail, un défaut de concentration et des troubles de l'humeur ayant pour conséquence de rendre difficiles les rapports de l'assurée avec des clients ou une hiérarchie.>[if > Si l'on ne saurait tirer simplement argument du fait que l'assurée s'est mariée et a eu quatre enfants pour conclure qu'elle ne souffre d'aucune atteinte invalidante, comme l'a fait le SMR dans son avis du 12 mai 2015, il n'en demeure pas moins que l'assurée, atteinte depuis l'enfance, selon son médecin traitant, ne prend aucun traitement sur le plan psychique et n'est pas suivie par un spécialiste. Il apparaît également qu'elle ne l'a jamais été par les HUG. Il est vrai que l'avis du SMR est bref mais les griefs que lui fait la recourante tombent à faux puisqu'il n'a jamais été prétendu qu'il s'agissait-là d'une expertise mais d'un simple rapport au sens de l'art. 59al. 2bis LAI. Dès lors, sa seule fonction est d'opérer une synthèse médicale et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. La Cour de cassation considère que, dans le cas présent, au vu des circonstances, de l'absence totale de suivi spécialisé, de traitement et des diagnostics évoqués par le médecin-traitant, il n'y avait pas lieu à investigations

complémentaires. En effet, les atteintes psychiques évoquées par le Dr B_____ ne peuvent à l'évidence se voir reconnaître un caractère de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail durable, la symptomatologie étant très limitée et sans aucun signe de sévérité. On relèvera en particulier que jamais le médecin-traitant - pas même dans son courriel explicatif du 16 octobre 2015 - n'a fait état d'un caractère de gravité, ne serait-ce que moyen. Dans ces circonstances, l'état de fait médical apparaît suffisamment établi. Dès lors, l'intimé n'avait pas non plus à investiguer la question du statut à reconnaître à l'assurée, pas plus que les raisons pour lesquelles elle a cessé de travailler il y a plus de dix ans. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. 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.