

# **GE\_GERICHTE ATAS/1016/2008 vom 8. September 2008**

GE Cour de justice, 2008-09-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1016\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1016_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1016/2008 du 8 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1016/2008 del 8 settembre 2008

## **Erwägungen**

### **E. 1**

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

### **E. 2**

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du

### **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1). En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

## **E. 7**

A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise médicale interdisciplinaire du 27 juin 2005, selon lequel l'assuré était totalement incapable d'exercer son ancienne profession depuis le 21 mars 2001 ; en revanche, dans un emploi adapté à ses limitations (changements réguliers de position ; pas de contacts avec la clientèle en raison d'une forte projectivité et pas d'interréactions fréquentes avec une équipe), la capacité de travail était intacte.

A/3651/2007 - 10/15 -

### **E. 7.1**

Dans le cas particulier, on doit constater que cette expertise répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 6). D'autre part, le recourant n'amène pas d'éléments susceptibles de mettre sérieusement en doute l'évaluation médicale et les conclusions données par les experts. Il ne conteste d'ailleurs pas la valeur probante du rapport d'expertise du 27 juin 2005, allant jusqu'à prétendre, à tort, que ce document irait dans le même sens que tous les avis médicaux versés au dossier. En revanche, le recourant s'est limité à soutenir que l'OCAI aurait « mal apprécié » le rapport en question, lequel mentionnait que l'assuré ne pouvait travailler qu'« à certaines conditions ». Or ce dernier élément a bel et bien été pris en compte par l'OCAI, puisque cet Office a retenu que l'activité de remplacement exigible (à 100%) devait, précisément, être adaptée aux limitations physiques et psychiques de l'assuré.

### **E. 7.2**

A cela s'ajoute qu'il n'existe pas de contestation déterminante entre les différents médecins relativement au diagnostic. Il n'y a pas davantage de divergence sur le fait que l'état de santé physique de l'assuré ne lui permet plus d'exercer son ancienne activité d'installateur sanitaire à 100%, ni de porter des charges ou de garder des positions prolongées en flexion/rotation du rachis.

### **E. 7.3**

En revanche, il subsiste un désaccord sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Selon les experts, ce taux s'élève à 100%. Pour les médecin-traitants, par contre, ce taux serait de 50% (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 12 février 2003), voire nul (rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2003).

### **E. 7.4**

Indépendamment du fait que ces derniers praticiens ne sont pas unanimes sur cette question, il convient d'évaluer leur avis avec circonspection, le médecin traitant étant 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). Pareille considération s'impose d'autant plus que ces praticiens n'ont pas motivé le taux d'incapacité qu'ils ont retenu. A cela s'ajoute que la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tel en particulier le syndrome douloureux généralisé de type fibromyalgique chronique diagnostiqué par la Dresse M. \_\_\_\_\_ - 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 (Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser/Franz

Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une

A/3651/2007 - 11/15 - limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 ss.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA du 21 avril 2004 précité, consid. 3.3.2 ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATFA du 21 avril 2004 précité, consid. 3.3.2 ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss ; Mosimann, somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss.

#### **E. 7.5**

En l'occurrence, force est de constater que l'épisode dépressif majeur de grande sévérité, qui s'est manifesté chez l'assuré en 2001-2002, ne saurait, le cas échéant, constituer une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée au sens de la jurisprudence précitée, dès lors que, selon le rapport d'expertise interdisciplinaire du 27 juin 2005, cet épisode n'avait alors plus d'expression clinique (rapport, p. 12) (comp. ATF du 24 janvier 2008, I 76/07, consid. 3.2). Au reste, dans son rapport du 12 mai 2003, la psychiatre traitante avait attesté que ladite affection n'était pas chronicisée. Le trouble de la personnalité diagnostiqué (émotionnellement labile type impulsif, F 60.3) n'est pas non plus une comorbidité ayant valeur de maladie, dans la mesure où l'assuré souffrait de ce trouble depuis son jeune âge, ce qui ne l'a pourtant pas empêché d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1).

#### **E. 7.6**

Se pose dès lors la question du cumul éventuel d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux

A/3651/2007 - 12/15 - litigieux. Sur ce point, il convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques. Cependant, les pièces médicales versées au dossier contiennent suffisamment d'éléments pertinents sur le plan psychiatrique pour que l'on

puisse se convaincre de l'exigibilité d'une reprise du travail à plein temps de la part de l'assuré. En l'espèce, il n'y a en effet pas lieu de retenir l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitement conformes aux règles de l'art, les experts ayant préconisé un changement médicamenteux et même l'introduction d'un neuroleptique atypique et recommandé par ailleurs une intensification du suivi psychiatrique, notamment en vue d'un soutien pour une reprise d'activité professionnelle (comp. ATFA du 19 septembre 2004, I 648/03, consid. 6.2). On relèvera également, à cet égard, que l'assuré n'a pas épuisé ses ressources adaptatives, dans la mesure où il a régulièrement fait état de son envie de travailler et sollicité des mesures de réinsertion professionnelles (comp. ATFA du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2). Au demeurant, malgré ses douleurs, l'assuré a été capable de reprendre une activité lucrative à 20% dès le 1er juin 2006, puis à mi-temps dès le 1er janvier 2007, - activité qui était d'ailleurs préconisée sur un plan thérapeutique. Par ailleurs, le recourant ne subit pas non plus une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, il s'est révélé en mesure de nouer une nouvelle relation sentimentale dès 2002 avec la mère de son second enfant, né le 9 juillet 2003, avec laquelle il vit toujours en concubinage à l'heure actuelle (ATAF du 10 juin 2008, C-3118/2006, consid. 11.3). En outre, l'expert, dans son rapport du 27 juin 2005, a constaté que l'intégration sociale était maintenue, que la (nouvelle) famille était intacte et que l'intéressé connaissait beaucoup de gens à son domicile (comp. ATF du 4 avril 2008, 9C\_99/2007, consid. 4.3.2). Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que les troubles somatoformes douloureux litigieux ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur à plein temps de la capacité de travail du recourant ne peut plus être raisonnablement exigée de lui. Il y a lieu d'admettre au contraire le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail à plein temps.

#### **E. 8**

Cela étant, force est de considérer, avec l'Office intimé, que l'assuré est effectivement apte à exercer à 100% une activité adaptée à son état de santé, soit sans port de charges et évitant des positions prolongées en flexion/rotation du rachis, ainsi que (le cas échéant), les contacts avec la clientèle ou les interactions fréquentes avec une équipe. A ce dernier propos, on observera que, dans le cadre de l'activité de courtier qu'il exerce à temps partiel depuis

A/3651/2007 - 13/15 - juin 2006, l'assuré apparaît en mesure de travailler en contact avec de la clientèle.

#### **E. 9**

Il convient de considérer que parmi toutes les activités qui peuvent être exercées dans ces conditions, il s'en trouve un certain nombre qui correspondent aux limitations du recourant. Compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services énumérés dans les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS table 1), un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères, permettent l'alternance des positions et ne nécessitent pas une position statique répétée, en porte-à-faux ou en flexion-extension (cf. dans ce sens ATFA du 21 janvier 2004, I 770/02, consid. 4.1 ; Plädoyer, 2002/6 p. 64, consid. 4b; SVR 2002 IV no 24 p. 76 consid. 3, cité), ni, le cas échéant, des contacts avec une clientèle ou des

interréactions fréquentes avec une équipe.

#### **E. 10**

Dans le cadre de la comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA), il faut se placer au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de sa suppression ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision sur opposition litigieuse est rendue doivent également être prises en compte (ATFA du 22 janvier 2004, 71/03, consid. 3.1 ; ATF 125 V 369 consid. 2; VSI 2000 p. 313 consid. c). Dans le cas particulier, la naissance éventuelle du droit à la rente se situe en 2002 et la comparaison des revenus doit se faire à ce moment-là.

#### **E. 11**

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206) (ATFA du 31 juillet 2001, I 1/01, consid. 4). La preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité et de la preuve de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré (cf. arrêt ATFA du 28 décembre 2004, I 290/04, consid. 3.2). En l'espèce, se référant au questionnaire rempli par l'employeur le 3 septembre 2002, l'Office intimé a retenu un revenu annuel sans invalidité de Fr. 65'256.75 (gain réalisé en 2000). Ce montant est expressément admis par le recourant (réplique du 18 avril 2008, p. 5). Actualisé en 2007 (année où la décision sur opposition du 26 novembre 2007 a été rendue), on obtient Fr. 72'761.66, compte tenu d'une indexation de salaire dans la branche principalement concernée d'installateur sanitaire (mémoire de recours du 26 décembre 2007, p. 3, § 4) de 3.6 en 2001, de 1.3% en 2002, de 1.3% en 2003, de 0.5 % en 2004,

A/3651/2007 - 14/15 - de 1.6 % en 2005, de 0.9% en 2006 et de 1.8% en 2007 (cf. point 30-33, de l'indice des salaires nominaux de l'OFS). S'agissant du salaire avec invalidité, il faut, selon le tableau ESS TA1 relatif à l'année 2002 (année du début du droit à la rente), partir d'un gain déterminant, toutes activités confondues dans le secteur privé, de Fr. 4'557.- par mois (valeur standardisée) pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par des hommes. Ce salaire mensuel hypothétique se fonde sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il y a donc lieu de l'ajuster à 41,9 heures par semaine (La vie économique, 12/2004, p. 94, tableau B 9.2), ce qui représente un salaire mensuel de Fr. 4'750.65 (Fr. 57'007.80 par an). Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice ESS des salaires nominaux pour les hommes, le salaire annuel pour 2007 (année de la décision attaquée) serait de Fr. 60'390.80. Il convient encore d'appliquer un facteur de réduction au gain annuel statistique, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75), - ce que l'Office intimé a omis de faire en l'occurrence. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, qui ne présente aucune limitation liée à l'âge, aux années de service, ou à la catégorie d'autorisation de séjour, un abattement de 10 % paraît approprié dans le cas particulier, si bien que le revenu d'invalidé se monte à Fr. 54'351.80. La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 9.9%, arrondi à 10 % (ATF 130 V 121). Ce taux ne permet pas l'octroi d'une

rente, ni d'ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (soit 20% environ : ATF 124 V 110 consid. 1b).

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a rejeté les prétentions litigieuses. Partant, le recours devra être rejeté.

#### **E. 13**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, 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'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Succombant, le recourant devra régler Fr. 500.- à titre d'émolument.

A/3651/2007 - 15/15 -

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