

GE_GERICHTE ATAS/103/2009 vom 29. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_103_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/103/2009 du 29 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/103/2009 del 29 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

E. 3

Adressé par pli postal du 4 juillet 2008, le recours contre la décision de l'OCAI du

E. 4

Le litige porte sur l'existence d'une atteinte à la santé du recourant, à caractère invalidante.

E. 5

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). 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 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

E. 6

juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1).

E. 7

En vertu, principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 la description 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS 132/2007 du 16 janvier 2007). Quant au médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références).

E. 8

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation,

A/2450/2008 - 7/9 - doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 9

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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 (DTA 2001 p. 169). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

E. 10

En l'espèce, le Tribunal relève que la décision entreprise se fonde sur l'avis médical du Dr B _____ dont le contenu est le suivant : « Le courrier complémentaire du Dr A _____ ne fournit aucun élément médical évocateur d'une atteinte invalidante ». Cett avis, au demeurant fort bref, est dépourvu de toute explication, ne se fonde sur aucun examen clinique et ne contient pas non plus d'anamnèse. La spécialité du Dr B _____ n'y est pas mentionnée. Il s'en suit, que cet avis ne saurait être pris en compte. Par ailleurs, lorsque l'OCAI prend sa décision sur la base de l'absence de fourniture d'éléments évocateurs d'une atteinte invalidante par un médecin, il viole l'art. 43 LPGA. A teneur de cette disposition, il lui appartient en effet, comme rappelé plus haut, d'élucider l'état de fait au moyen de mesures d'instruction appropriées. Or, il apparaît qu'aucune autre mesure d'instruction qu'une demande au médecin traitant n'a été mise en œuvre par l'autorité intimée. Au vu des éléments fournis par le médecin traitant, certes insuffisants, il lui appartenait d'établir quelles étaient les limitations fonctionnelles liés aux différentes affections du recourant, notamment l'obésité morbide. De surcroît, les affirmations du Dr A _____ sur le plan psychiatrique et tout particulièrement au sujet de la cause de l'absence de prise en charge du recourant sur ce plan devaient manifestement conduire l'autorité intimée à établir les faits médicaux pertinents y relatifs. L'avis du Dr B _____ du

A/2450/2008 - 8/9 - 9 novembre 2007 était d'ailleurs conforme à ce qui précède. Le Tribunal ne s'explique pas pour quel motif l'autorité intimée n'a pas poursuivi dans cette voie. En l'absence de tout élément permettant de se déterminer quant à l'existence d'une invalidité, en particulier en l'absence de tout élément relatif aux éventuelles limitations fonctionnelles du recourant, il n'est pas possible de prendre une décision quant à l'existence d'une invalidité de ce dernier. Les avis des Dr D _____ et A _____, dont il sera tenu compte, dans la mesure où ils se rapportent à un état médical du recourant inchangé depuis la décision litigieuse, mettent en lumière un certain nombre de limitations fonctionnelles. Toutefois, il ressort notamment de l'avis du Dr E _____ du 29 septembre 2008 que les limitations énoncées ne sont pas exhaustives, puisqu'il indique que l'on peut imaginer que les lésions arthrosiques des genoux entraînent des douleurs handicapantes. D'un autre côté, l'on ignore si les limitations décrites sont durables, de même que leur évolution probable. Par ailleurs, il convient d'évaluer médicalement l'incapacité de travail et/ou la diminution de rendement engendrées par ces limitations tant dans l'activité habituelle, que, cas échéant, dans une activité adaptée à définir, avant de procéder à la comparaison des revenus. A ce sujet, il sera également relevé qu'aucune investigation n'a été menée, compte tenu du statut d'indépendant du recourant, afin de permettre de déterminer la méthode de comparaison des revenu (ordinaire ou extraordinaire) à utiliser. Les faits ayant été établis de façon sommaire, il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité intimée afin qu'elle instruisse le dossier de manière complète, conformément aux considérants qui précèdent, avant de rendre une nouvelle décision. Cette solution a également l'avantage de ne pas priver le recourant d'un degré de juridiction.

E. 11

Le recours sera ainsi admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 12

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.

E. 13

Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

A/2450/2008 - 9/9 -

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