

GE_GERICHTE ATAS/1099/2009 vom 8. September 2009

GE Cour de justice, 2009-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1099_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1099/2009 du 8 septembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1099/2009 del 8 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

A/1270/2009 - 7/12 - En l'espèce, la décision litigieuse du 14 novembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de juin 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La question de savoir si le délai de recours est respecté peut se poser, toutefois, au vu du courrier de l'OCAI du 19 mars 2009 et du principe de la bonne foi, il sera considéré que le recours a été interjeté dans les délais et formes prévus par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question litigieuse porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, et en particulier à une rente d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI,

l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 6

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

A/1270/2009 - 8/12 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt (du Tribunal fédéral) I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/1270/2009 - 9/12 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 7

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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a).

E. 8

En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise ainsi que sur les évaluations du Dr T_____ pour établir sa décision du 14 novembre 2008. Le rapport d'expertise psychiatrique du 7 mai 2008 du Dr W_____, se base sur une anamnèse personnelle, familiale, socioprofessionnelle et médicale de l'assuré, sur son dossier médical et prend en considération ses plaintes. Les diagnostics ont été clairement posés et les conclusions sont convenablement motivées. L'expert a considéré que le trouble bipolaire n'était pas sévère pour l'instant. En effet, bien que ce trouble avait occasionné une instabilité psychique ces dernières années, il n'a pu, lors de l'examen, constater de trouble de l'humeur, soit ni tristesse ni élation de l'humeur, de trouble du cours ou du contenu de la pensée, d'élément psychotique, psychopathologique manifeste, de labilité émotionnelle ou d'agressivité et a considéré que le comportement de l'assuré était adéquat. De plus, le trouble de la personnalité ne l'avait pas empêché d'exercer une activité lucrative par le passé. L'expert a ainsi retenu que l'assuré présentait, dès l'examen, une capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle. On comprend ainsi les raisons qui ont conduit l'expert à retenir une telle capacité de travail. Enfin, aucune contradiction ou jugement de valeur ne ressort du rapport de l'expert. Ce rapport présente ainsi a priori valeur probante au sens de la jurisprudence.

E. 9

Il y a toutefois lieu d'examiner le contenu des divers autres rapports présents au dossier. Les médecins, soit notamment les Drs L_____, M_____, P_____, Q_____ et R_____ ont tous posé des diagnostics identiques à ceux exposés dans le rapport d'expertise. Le Dr M_____ a certes indiqué que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative et que son état de santé pouvait s'améliorer à la condition que celui-ci ne travaille pas, toutefois, son rapport n'est que très peu motivé.

A/1270/2009 - 10/12 - Le Dr R_____ a estimé, dans son rapport du mois d'août 2008, que le traitement au lithiofor commençait à faire de l'effet, mais que l'état de santé ne s'était toujours pas stabilisé et qu'il existait toujours un risque de crise maniforme. Il y a cependant lieu de constater que le Dr R_____ n'a nullement expliqué les effets de l'introduction du Lithiofor et qu'on ne comprend pas pour quelle raison l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et ce qui conduisait le médecin à conclure à une totale incapacité de travail. Enfin, le Dr L_____ ayant suivi l'assuré d'octobre 2007 au mois d'avril 2008, a uniquement retenu une incapacité de travail de l'assuré dans sa précédente profession du mois de juin 2007 à fin janvier 2008 et a indiqué qu'il pouvait entreprendre une réadaptation professionnelle et exercer une activité lucrative à 50% dès mai-juin 2008. Ce médecin n'explique en revanche pas quelle activité celui-ci pourrait effectuer et les raisons pour lesquelles l'assuré ne pourrait plus exercer la profession d'électricien. Au demeurant, aucun de ces médecins ne mettent en exergue des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique tel que sollicité par l'assuré. Par conséquent et vu de tout ce qui précède, les rapports des divers médecins traitants ne permettent pas de remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'expertise, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le Tribunal de céans retiendra ainsi que l'assuré présentait une capacité de travail nulle du mois de juin 2007 à mi-mai 2008, suite à quoi son état de santé s'étant amélioré, sa capacité de travail était à nouveau entière.

E. 10

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 11

En l'espèce, l'incapacité de travail de l'assuré n'ayant pas duré une année entière, celui-ci n'a pas de droit à une rente d'invalidité.

E. 12

Par ailleurs, l'assuré étant susceptible, d'après l'expert, d'exercer dès le mois de mai 2008 sa précédente activité, son degré d'invalidité est nul (cf. Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2).

E. 13

Par conséquent, la décision de l'OCAI sera confirmée.

E. 14

Reste à déterminer si l'assuré peut bénéficier d'une mesure d'ordre professionnelle.

A/1270/2009 - 11/12 -

E. 15

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient

nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). L'art. 18 al. 1 let. a LAI prévoit que l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

E. 16

En l'espèce, attendu que l'assuré présente une entière capacité de travail dans sa précédente profession, il ne remplit ni les conditions objectives d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ni celles d'une mesure d'aide au placement.

E. 17

Par conséquent, la décision de l'OCAI sera entièrement confirmée.

A/1270/2009 - 12/12 -

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