

# **GE\_GERICHTE ATAS/1133/2010 vom 10. November 2010**

GE Cour de justice, 2010-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1133\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1133_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1133/2010 du 10 novembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1133/2010 del 10 novembre 2010

## **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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 3**

Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité sous la forme d'une rente.

### **E. 4**

a) 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). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

b) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). En revanche, les nouvelles dispositions sont applicables, en ce qui concerne les éventuelles mesures d'ordre professionnel, la décision entreprise étant postérieure à l'entrée en vigueur de la 5ème révision.

A/2094/2010 - 11/16 -

### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

## **E. 6**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) 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 consid. 4 et les références). b) 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 est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

A/2094/2010 - 12/16 - 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). c) Au sujet 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la

cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) 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). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit de manière générale

A/2094/2010 - 13/16 - 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 exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où elles satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATFA non publié du 27 juillet 2010, 9C\_104/2010, consid. 3.2.1 ; ATFA non publié du 6 juillet 2009, 9C\_204/2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254).

## **E. 7**

a) En l'espèce, force est de constater que le rapport médical du SMR du 13 février 2009 répond aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des expertises médicales. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée et le rapport se fonde sur des examens complets. Il prend également en considération les plaintes exprimées de l'assuré et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Enfin, la description du contexte médical est claire et les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ sont bien motivées. D'ailleurs, hormis les questions du taux d'incapacité de travail et de l'atteinte psychique qui seront abordées ultérieurement, force est de constater que les conclusions du médecin du SMR, et en particulier relatifs aux diagnostics, sont superposables à celles des médecins-traitants de l'assuré. En effet, la Dresse A\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de

gonarthrose bilatérale, de chondropathie rotulienne et un état anxieux dépressif. Quant au Dr E \_\_\_\_\_, il a relevé les diagnostics de troubles statiques et fonctionnels du rachis, prédominant au niveau du bassin, de très probable syndrome fémoro-patellaire du genou gauche existant depuis 1999, et d'un status post-contusion du genou gauche existant probablement depuis 2002. Les diagnostics retenus par le Dr F \_\_\_\_\_ du SMR, avec répercussion sur la capacité de travail, sont les suivants: syndrome fémoro- patellaire et gonarthrose débutant du compartiment interne gauche. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il s'agit de lombalgies intermittentes, dans un contexte de trouble statique et d'une ancienne maladie de Scheuermann. Aussi, tous les médecins admettent l'atteinte au genou gauche et les lombalgies. En outre, le recourant n'apporte aucun argument remettant en cause les conclusions du rapport SMR. En particulier, il n'indique pas en quoi les conclusions de ce rapport ne seraient pas soutenables et il ne met pas en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents pour le remettre en cause (cf. ATFA du 27 juillet 2010, 9C\_104/2010, consid. 3.2.2). De plus, les médecins-traitants du recourant ne contestent en aucune

A/2094/2010 - 14/16 - façon les conclusions du rapport SMR, en particulier quant aux taux d'incapacité retenus. L'argumentation du recourant se limite à invoquer que, selon le Dr E \_\_\_\_\_, le pronostic est défavorable, élément qui ne suffit pas à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. De plus, ce médecin ne prend pas clairement position sur la capacité de travail du recourant. La seule opinion divergente de la Dresse A \_\_\_\_\_, qui se limite à invoquer une capacité résiduelle de 50 % en tant qu'ouvrier en bâtiment, sans prendre en considération le travail de nettoyeur ou de vendeur en épicerie, ni contester les taux retenus par le SMR, ne permet pas de remettre en cause les conclusions de ce rapport. À cet égard, c'est à juste titre que le SMR a retenu comme activité habituelle, celle de nettoyeur, cas échéant de vendeur en épicerie, est non celle d'ouvrier en bâtiment. En effet, de 2004 à 2007, le recourant a officié en tant que nettoyeur, de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'il s'agit de son activité habituelle. S'agissant des troubles respiratoires allégués, force est de constater qu'aucun examen n'a été effectué par la Dresse A \_\_\_\_\_ et que le SMR n'a pas constaté d'atteintes à ce sujet pouvant causer une incapacité de travail. Quant à l'IRM effectué le 7 juin 2010, il n'est pas démontré qu'il s'agit d'une aggravation de son état, ni même, dans cette hypothèse, quelles en seraient les conséquences sur la capacité de travail du recourant. De surcroît, aucun des médecins auxquels la Dresse A \_\_\_\_\_ se référait pour étayer ses avis médicaux n'ont répondu dans le cadre de la procédure (le Dr C \_\_\_\_\_, le Dr B \_\_\_\_\_ et le Dr B \_\_\_\_\_), dès lors que le recourant ne les avait consultés qu'à une seule reprise. Enfin, et contrairement aux médecins-traitants du recourant, le Dr F \_\_\_\_\_ a bien expliqué les motifs pour lesquels il retenait une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. En effet, il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assuré, ses difficultés rencontrées dans les différentes activités professionnelles, même physiquement légères, et les constatations radiocliniques objectivables. Les troubles dégénératifs au niveau du genou gauche sont légers et n'expliquent pas une incapacité de travail de 50 % dans une activité d'employé d'épicerie ou d'agent de nettoyage. Partant, à ce stade, il y a lieu de constater que les avis des médecins-traitants ne sont pas propres à remettre en cause le rapport du Dr F \_\_\_\_\_.

b) Sur le psychique, force est de constater qu'aucune pièce du dossier ne permet d'établir

que le trouble anxieux avancé par la Dresse A \_\_\_\_\_ a une influence sur la capacité de travail du recourant. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il a indiqué que l'assuré l'avait consulté qu'à une seule reprise en date du 10 décembre 2001. Cela ne ressort pas plus de l'attestation médicale du 2 septembre 2010 établie par la Dresse J \_\_\_\_\_, qui se limite à poser le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, sans préciser si cette atteinte a des conséquences sur la capacité de

A/2094/2010 - 15/16 - travail du recourant. Qui plus est, la Dresse J \_\_\_\_\_ indique que le trouble dépressif moyen existe depuis juin 2010, soit postérieurement à la décision querellée. Aussi, il appartient cas échéant à l'assuré de saisir l'intimé d'une nouvelle demande à ce sujet.

#### **E. 8**

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les conclusions du rapport du SMR ont pleine valeur probante, dès lors que ses résultats sont convaincants, que ses conclusions sont motivées, que cet avis ne contient pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. Cet avis doit être privilégié à l'avis des médecins-traitants, pour les motifs précédemment invoqués. Il en découle que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire telle que requise pas le recourant n'a pas lieu d'être. Dès lors que dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage, la capacité de travail exigible est de 80 % et, dans une activité adaptée, elle est de 100 %, le droit à une rente n'est pas ouvert. Il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus, un taux d'incapacité de 80 % dans l'activité habituelle n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 9**

Partant, le recours sera rejeté.

#### **E. 10**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté 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 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

A/2094/2010 - 16/16 -

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