

# **GE\_GERICHTE ATAS/1151/2009 vom 15. September 2009**

GE Cour de justice, 2009-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1151\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1151_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1151/2009 du 15 septembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1151/2009 del 15 settembre 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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives, notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 345 consid. 3).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 15 septembre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des

A/3528/2008 - 9/13 - modifications de la LAI du 21 mars 2003 (quatrième révision). Par conséquent, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la quatrième révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Le 1er juillet 2006, est en outre entrée en vigueur la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI et a apporté des modifications qui concernent notamment la conduite de la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Conformément au chiffre 2 let. c des dispositions transitoires relatives à ces modifications, le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006. Enfin, le 1er janvier 2008, la cinquième révision de la LAI est entrée en vigueur. Les modifications apportées à la LAI ne doivent en principe pas être prises en considération dans le présent litige, l'état de fait pertinent s'étant produit avant l'entrée en vigueur. Toutefois, en vertu de l'art. 85 des dispositions transitoires de la cinquième révision, celle-ci s'applique également au droit aux prestations des personnes déjà invalides lors de son entrée en vigueur. L'invalidité sera alors réputée survenue au moment de l'entrée en vigueur. Par conséquent, le droit aux prestations du recourant doit être également examiné à la lumière des nouvelles dispositions, dès lors que la décision litigieuse a été rendue après leur entrée en vigueur.

### **E. 3**

En l'espèce, seule demeure litigieuse la question du droit à la rente.

#### **E. 4**

La question à trancher préalablement est celle de savoir si une contre-expertise se justifie en l'espèce.

#### **E. 5**

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition, Berne 1984, p. 136, GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278, chiffre 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire 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. 5 let. b ; 125 V 195 consid. chiffre 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 322 consid. 5 let. a).

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre

A/3528/2008 - 10/13 - appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 30 PCF), en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les éléments 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 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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque des spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'experts, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. RAMA 1993, p. 136).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant 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 soit claire, 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).

## **E. 6**

En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'un examen psychiatrique et rhumatologique par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Selon le médecin psychiatre du SMR, le recourant présente une capacité de travail complète, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour sa part, le rhumatologue considère que sur le plan ostéo-articulaire, une activité demeure possible à 100 %, sans diminution de rendement, pour autant que soient respectées un certain nombre de limitations fonctionnelles.

D'emblée, il y a lieu de relever que tant l'examen psychiatrique que rhumatologique reposent sur une anamnèse peu détaillée et des examens incomplets, voire inexistantes. En effet, il s'agit de rappeler que sur le plan somatique, l'examen clinique n'a pas pu être réalisé en raison du défaut de

A/3528/2008 - 11/13 - collaboration de l'expertisé. Pour ce qui est de l'examen rhumatologique, le médecin du SMR s'est strictement fondé sur l'imagerie médicale lombaire pratiquée le 20 novembre 2007 qui mettait alors en évidence un trouble dégénératif avancé au niveau du rachis lombaire, accompagné de signes inflammatoires. Pour déterminer les limitations fonctionnelles, l'expert s'est fondé sur le comportement de l'assuré lors de l'examen dans la mesure où l'examen clinique n'a pas pu être réalisé. Il est à souligner que ce même médecin n'a pas non plus fait état des plaintes subjectives du recourant. En dépit des difficultés de l'examen, le médecin du SMR a évalué la capacité de travail du recourant à 100 % dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Or, en l'absence d'un examen clinique, les conclusions du médecin rhumatologue n'emportent pas la totale conviction du Tribunal de céans.

De même, sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever que l'examen ne s'est pas déroulé dans des conditions optimales, l'expert ayant d'ailleurs qualifié la collaboration de l'assuré de médiocre. Néanmoins, le médecin du SMR n'a pas mis en évidence de pathologie anxieuse ou psychotique. S'agissant du trouble dépressif récurrent diagnostiqué par le psychiatre-traitant, bien que l'expert avoue qu'en raison des réponses évasives de l'assuré il lui est difficile de se prononcer de façon certaine sur l'existence même d'une pathologie dépressive, il conclut cependant à l'absence d'une pathologie dépressive faute d'un tableau symptomatique clair. Enfin, il est regrettable que l'expert n'ait pas vérifié, ni n'ait d'ailleurs énoncé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique retenu par le psychiatre-traitant. Dans de telles conditions, force est d'admettre que l'examen du SMR Suisse romande ne remplit pas les conditions jurisprudentielles nécessaires à une pleine valeur probante. Partant, l'instruction du dossier appert incomplète.

Pour ces raisons, une instruction complémentaire sous forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique se justifie, laquelle aura pour but essentiellement de clarifier les constatations médicales, en partie divergentes, de déterminer les limitations fonctionnelles et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant.

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise bi-disciplinaire qui sera confiée à des médecins indépendants.

## **E. 7**

Le requérant soutient en outre que les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologique retenues par l'intimé, à savoir la seule conduite automobile, sont insuffisantes. Il prétend dès lors que le taux d'abattement de 10 % admis par l'OCAI est insuffisant et qu'une déduction supplémentaire à opérer sur le salaire statistique permettrait de tenir compte des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologique.

A/3528/2008 - 12/13 -

#### **E. 8**

Il y a en effet lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé, conformément à la jurisprudence. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, il appert que l'intimé n'a pas tenu compte des limitations fonctionnelles supplémentaires liées à l'atteinte ophtalmologique puisque la diminution de rendement de 10 % admise par l'intimé semble être uniquement motivée par l'activité légère que le requérant serait en mesure de réaliser. Partant, le renvoi de la cause à l'intimé permettra de dissiper les doutes du Tribunal quant à la question de savoir si les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte ophtalmologiques ont été prises en compte dans le calcul du taux d'invalidité et d'en rectifier, le cas échéant, leur influence sur le degré d'invalidité sachant qu'outre la conduite d'automobiles, le Dr B \_\_\_\_\_, ophtalmologue auprès de la SUVA, retenait au titre de limitations fonctionnelles la commande de machines comportant des pièces tournantes non protégées, les activités sur des échafaudages, ainsi que les activités sur des chaînes de montage.

#### **E. 9**

Le recours sera ainsi partiellement admis.

#### **E. 10**

Le requérant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'00 fr. lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à un émolument de justice de 500 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

A/3528/2008 - 13/13 -

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