

# **GE\_GERICHTE ATAS/1169/2011 vom 29. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1169\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1169_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1169/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1169/2011 del 29 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/958/2010 - 12/20 -

### **E. 2**

Déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable.

### **E. 3**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

### **E. 4**

En l'espèce, la décision litigieuse, du 1er mars 2010, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, 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 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 5**

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit

administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

#### **E. 6**

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance invalidité.

#### **E. 7**

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

#### **E. 8**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la

A/958/2010 - 13/20 - teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

#### **E. 9**

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

#### **E. 10**

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

#### **E. 11**

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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

#### **E. 12**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

A/958/2010 - 14/20 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

#### **E. 13**

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclaircir sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 14**

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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).

#### **E. 15**

Il sied de rappeler que, en cours de procédure au Tribunal cantonal des assurances sociales, l'OAI a annulé sa décision du 28 octobre 2008 et a repris l'instruction en procédant notamment à un examen clinique psychiatrique.

A/958/2010 - 15/20 -

#### **E. 16**

En l'occurrence, figurent au dossier un examen rhumatologique réalisé par le SMR le 11 août 2006 et un rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2007, soit avant l'annulation de la décision du 28 octobre 2008 et le renvoi de la cause à l'OAI pour un complément d'instruction. De plus, le dossier comprend un examen clinique psychiatrique du 22 octobre 2009 et des avis médicaux du SMR des 16 novembre 2009 et 7 mars 2011 ainsi que des certificats médicaux du Dr L\_\_\_\_\_ et du Dr O\_\_\_\_\_. De plus, la Cour a procédé à des enquêtes.

#### **E. 17**

Bien qu'antérieur au complément d'instruction de l'OAI, il sied de relever que le SMR, dans son rapport du 27 février 2007, précise qu'il n'y pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et qu'il n'y a pas de limitation du point de vue rhumatologique, mis à part les limitations fonctionnelles définies par l'examen de chirurgie de la main du 31 mars 2006. Le SMR relève également qu'il existe chez cet assuré un important syndrome d'amplification des troubles ; cependant, les atteintes ostéoarticulaires ne conduisent à aucune limitation fonctionnelle, mis à part de discrets troubles sensitifs et une discrète limitation de la mobilité du pouce D. Pour sa part, le Dr N\_\_\_\_\_ s'étonne qu'un membre supérieur droit, aussi passif que démontré lors de la consultation, n'ait pas d'atrophie musculaire ni au niveau de l'épaule ni au niveau du bras ni au niveau de l'avant-bras et relève qu'en 2004, lors de la première expertise médicale, les périmètres étaient superposables à ceux présents le 20 novembre 2007 alors que le patient déclarait utiliser moins sa main et avoir plus de douleurs dans l'ensemble du membre. Ce médecin indiquait aussi que le patient a essayé de la manipuler en lui cachant des informations sur son suivi médical et voulait délibérément la mettre en échec durant l'expertise.

#### **E. 18**

Dans le cadre de l'appréciation du cas du 29 octobre 2009, le SMR rappelait que le 31 mars 2006, l'assuré bénéficiait d'un examen de chirurgie de la main effectué au SMR par le Dr M\_\_\_\_\_ qui a constaté des séquelles objectives discrètes de l'accident du 6 juin 2003, sous la forme d'une légère diminution de la mobilité du pouce et de troubles sensitifs discrets. L'examen rhumato-psychiatrique du 11 août 2006 a permis de confirmer l'absence d'atteinte à la santé incapacitante dans le domaine somatique et psychiatrique. En outre, le Dr O\_\_\_\_\_ mentionnant des éléments nouveaux par rapport à la situation médicale

psychiatrique décrite le 11 août 2006 rendant plausible une aggravation de l'état de l'assuré, une instruction complémentaire psychiatrique uniquement a été réalisée. Il résulte du rapport de l'examen clinique psychiatrique du 22 octobre 2009, que cet examen n'a pas démontré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, le SMR n'a pas retenu ce diagnostic car les

A/958/2010 - 16/20 - critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Le SMR précise encore qu'actuellement, il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique, les difficultés financières, l'âge, l'absence de formation professionnelle et le status précaire du recourant en Suisse, ne font pas partie du domaine médical. Le SMR conclut que, d'une part, l'incapacité de travail est nulle depuis le 11 août 2008 et que, d'autre part, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

#### **E. 19**

Dans son rapport du 7 janvier 2010, le Dr O\_\_\_\_\_ relève que le recourant présente un état clinique incompatible à la reprise d'un travail en raison d'une maladie et sa situation sociale est en train de se dégrader gravement car il ne bénéficie d'aucun soutien financier vis-à-vis de son invalidité. Au sujet des éléments sociaux, le Dr O\_\_\_\_\_ pense que si le recourant était accompagné dans une démarche de reprise d'activité, notamment au niveau de la confiance en soi, une capacité de travail pourrait être développée et utilisée, bien qu'il soit difficile de le définir de façon précise. En ce qui concerne les mesures de réadaptation, des démarches ont été entreprises par l'OAI mais le recourant n'a pas répondu aux convocations, dès lors des mesures professionnelles n'étaient plus envisageables.

#### **E. 20**

De son côté, le Dr L\_\_\_\_\_ fait état, le 21 novembre 2008, d'une douleur chronique neurogène du membre supérieur droit qui entraîne une limitation de son utilisation et, secondairement des douleurs de l'épaule et de la région dorsale. En outre, ce médecin rappelle, le 8 octobre 2010, que le recourant présente des douleurs neurogènes du pouce droit, des douleurs avec limitation de l'épaule droite, des douleurs à la nuque, une raideur lombaire et des séquelles orthopédiques du membre inférieur gauche. Cependant, lors de son audition du 17 février 2011, le Dr L\_\_\_\_\_ relève notamment que le recourant est en bonne santé et que s'il se trouvait dans une situation régulière, il aurait de bonnes chances de réinsertion car il dispose d'importantes ressources. En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le Dr L\_\_\_\_\_ précise encore que « compte tenu du fait que je n'ai pas testé sa force, je ne suis pas en mesure de me prononcer sur un taux dans le cadre de son activité habituelle de la plonge. En revanche, dans une activité adaptée telle qu'un travail de bureau, je pense que sa capacité de travail serait de l'ordre de 85 %, et ce depuis environ deux ans. Aujourd'hui, dans une activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 100 %, sur le plan neurologique. »

#### **E. 21**

En bref, il sied de constater que le SMR estime, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant est exigible à 100% dans toute activité et que le Dr L\_\_\_\_\_

pense que la capacité de travail serait de 85% dans une activité adaptée depuis deux ans et qu'aujourd'hui cette capacité serait de 100% sur le plan neurologique.

A/958/2010 - 17/20 -

#### **E. 22**

A l'occasion d'un avis médical du 16 novembre 2009, le SMR conclut au fait qu'une incapacité de travail du 50% du 9 avril 2008 au 11 août 2008 peut être reconnue pour des raisons psychiatriques et que, dès le 12 août 2008, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée sur le plan somatique.

#### **E. 23**

Suite aux enquêtes, le SMR estime qu'il n'y a pas matière à introduire un fait nouveau, l'épisode actuel sévère sans symptôme psychotique décrit par le psychiatre traitant pourrait être réactionnel à la décision de l'OAI.

#### **E. 24**

Il sied d'examiner la valeur probante des différents rapports figurant au dossier.

#### **E. 25**

Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C\_603/2009) « 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 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »

#### **E. 26**

Le juge peut en outre accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 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. (citation ATAS/1198/2009)

#### **E. 27**

En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V précité consid. 3b/bb et cc).

#### **E. 28**

En l'espèce, il sied de constater que le rapport de l'examen clinique psychiatrique du 22 octobre 2009, même s'il est établi par un médecin du SMR qui est le service médical de l'OAI, aboutit à des résultats convaincants. En effet, ce rapport décrit clairement l'anamnèse aussi bien familiale que professionnelle, fait état du status

A/958/2010 - 18/20 - psychiatrique et sur la base d'une appréciation du cas, pose des conclusions motivées. L'avis médical, du 16 novembre 2009, relève, en particulier, que le status psychiatrique est superposable à celui de 2006. Dès lors, on ne saurait mettre en doute l'objectivité de l'appréciation des médecins du SMR et il y a lieu de constater que le rapport du 22 octobre 2009 remplit les conditions requises pour lui reconnaître pleine valeur probante.

### **E. 29**

Sur le plan somatique, la Cour retiendra que le 31 mars 2006 le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté des séquelles objectives discrètes de l'accident du 6 juin 2003, sous la forme d'une légère diminution de la mobilité du pouce et de troubles sensitifs discrets. L'examen rhumato-psychiatrique du 11 août 2006 a permis de confirmer l'absence d'atteinte à la santé incapacitante notamment dans le domaine somatique. De plus le Dr N\_\_\_\_\_ s'est étonné qu'un membre supérieur droit, aussi passif que démontré lors de la consultation, n'ait pas d'atrophie musculaire ni au niveau de l'épaule ni au niveau du bras ni au niveau de l'avant-bras et a relevé qu'en 2004, lors de la première expertise médicale, les périmètres étaient superposables à ceux présents le 20 novembre 2007 alors que le patient déclarait utiliser moins sa main et avoir plus de douleurs dans l'ensemble du membre. Enfin, le Dr L\_\_\_\_\_ a rappelé, le 8 octobre 2010, que le recourant présentait des douleurs neurogènes du pouce droit, des douleurs avec limitation de l'épaule droite, des douleurs à la nuque, une raideur lombaire et des séquelles orthopédiques du membre inférieur gauche, mais, lors de son audition du 17 février 2011, ce médecin a relevé notamment que le recourant est en bonne santé et que s'il se trouvait dans une situation régulière, il aurait de bonnes chances de réinsertion car il dispose d'importantes ressources. De plus, au sujet de la capacité de travail du recourant, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé que dans une activité adaptée telle qu'un travail de bureau, la capacité de travail du recourant serait de l'ordre de 85 %, et ce depuis environ deux ans et actuellement, dans une activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 100 %, sur le plan neurologique. »

### **E. 30**

Le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 9 mai 2005 (I 53/05) « D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance- invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. a ; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ad art. 28 LAI p. 221.) La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références) et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation. » En l'espèce, il sied de relever que l'OAI avait mandaté son service de réadaptation qui avait constaté, en ce qui concerne les mesures de réadaptation, qu'après plusieurs convocations et une

A/958/2010 - 19/20 - sommation, le recourant ne s'était pas manifesté auprès de l'Office et avait considéré un défaut de collaboration. C'est donc à juste titre que ce service avait conclu au fait que des mesures professionnelles ne pouvaient être envisagées.

**E. 31**

En conclusion, admettant que le recourant a une capacité de travail de 85%, voire 100% dans une activité adaptée, la Cour confirmera la décision de l'OAI quant au refus de prestations et le recours sera rejeté. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, aucun frais de justice ne sera mis à sa charge.

A/958/2010 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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