

GE_GERICHTE ATAS/1171/2010 vom 18. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1171_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1171/2010 du 18 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1171/2010 del 18 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) 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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, ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 127 V 466 consid. 1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité et donc sur la question de savoir à combien doit être fixé son degré d'invalidité.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur 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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit 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 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

A/2284/2008 - 14/20 - accident (art. 8 al. 1er LPGA et 4 al. 1er LAI). L'incapacité de gain est définie comme 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATF du 9 avril 2001, I 654/00, consid. 1; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

A/2284/2008 - 15/20 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée

par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 29 septembre 2008, 9C_405/2008, consid. 3.2).

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 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF du 19 novembre 2003, I 339/03, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a).

E. 8

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF du 6 novembre 2007, I 421/06, consid. 3.1; ATF du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

E. 9

En l'espèce, les atteintes invoquées par le recourant à l'appui de sa demande de rente consistent en un ESDR et en des douleurs articulaires. Dans son acte de

A/2284/2008 - 16/20 - recours, le recourant a de plus allégué souffrir de troubles ophtalmologiques. Il a par la suite ajouté qu'il ressentait également des vertiges et peiner à rester debout. a) En premier lieu, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, ATF 116 V 246, consid. 1a). Les faits survenus postérieurement et qui modifient la situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). Or, en l'occurrence, les troubles ophtalmologiques et les vertiges invoqués par le recourant sont postérieurs à la décision querellée : ils n'ont été évoqués que sur le tard par le recourant et n'ont jamais été mentionnés auparavant par les nombreux médecins qui l'ont examiné. En conséquence, le Tribunal de céans n'a pas à tenir compte de leur éventuelle incidence - qui n'a au demeurant pas été établie par les différents certificats médicaux produits - sur la capacité de travail et de gain du recourant dans le cadre du présent litige. Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961

(RAI; RS 831.201), il appartiendra, cas échéant, à l'assuré de déposer une nouvelle demande en établissant que son degré d'invalidité s'est modifié en raison de ces atteintes de manière à influencer ses droits depuis la décision querellée. b) Quant à la maladie dermatologique du recourant, elle n'a, selon les constatations des dermatologues, aucune répercussion sur sa capacité de travail. A cet égard, les conclusions du Pr J _____ sont sans équivoque et l'audition de la Dresse V _____ a permis de les confirmer. Par ailleurs, l'examen effectué par le Dr T _____ n'a pas mis en évidence de limitations particulières liées à cette pathologie. S'il est vrai que le Dr O _____ a émis l'avis que l'ESDR diagnostiqué chez son patient avait une incidence sur la capacité de travail de ce dernier, il convient aussi de relever que le médecin préconisait à cet égard un examen complémentaire par des spécialistes en rappelant que la symptomatologie de cette maladie rare était peu connue. Il convient dès lors, ainsi qu'il le suggérait, de se référer à l'avis des spécialistes qui se sont prononcés et de conclure avec eux que l'ESDR dont souffre le recourant n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail. c) Le recourant se plaint également de douleurs articulaires, pour lesquelles il a consulté le Dr N _____. Celui-ci n'a cependant pas trouvé de substrat organique pouvant expliquer l'intensité des douleurs alléguées. S'il a évoqué une possible connectivite, ce diagnostic a été écarté par la suite, ainsi que l'a indiqué la Dresse V _____. Le Dr N _____ a mentionné que la littérature médicale recensait le cas d'une patiente atteinte d'un ESDR en relation avec des polyarthrites et en a tiré la

A/2284/2008 - 17/20 - conclusion qu'il n'était pas exclu que certains des troubles associés à cette maladie restent méconnus. Il s'agit cependant là d'une hypothèse non vérifiée. Une éventuelle corrélation entre la maladie dermatologique et les douleurs alléguées par le recourant n'est donc pas établie au degré de preuve requis en droit des assurances sociales. Le Dr T _____ a également établi un rapport auquel il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante puisqu'il comprend une anamnèse fouillée, tient compte des plaintes subjectives du recourant, se fonde sur un examen clinique complet et sur l'analyse du dossier radiologique et contient des conclusions motivées. Certes, à l'issue de cet examen, le Dr T _____, à l'instar du Dr N _____, a retenu un diagnostic de possible connectivite, dont on a vu qu'il a par la suite été écarté. Il n'en reste pas moins que le Dr T _____, lui non plus, n'a pu mettre en évidence de cause organique expliquant l'intensité des douleurs du recourant et n'a pas retenu de limitations fonctionnelles particulières. En l'absence d'objectivation médicale des douleurs articulaires alléguées par l'assuré, il n'y a pas lieu de reconnaître à celle-ci une influence sur sa capacité de travail. A cet égard, on relèvera que l'incapacité de travail de 30 % finalement retenue par le Dr T _____ ne l'a été qu'en raison du diagnostic de possible connectivite, dont il a été relevé qu'il a finalement été écarté par la suite. Dans la mesure où aucun autre diagnostic expliquant les douleurs articulaires du recourant n'a été retenu en lieu et place, cette conclusion même peut être sujette à caution. Cette question peut cependant rester ouverte en l'espèce puisqu'en tout état de cause, la capacité résiduelle de travail reconnue à l'assurée (70%) s'avère trop importante pour lui ouvrir droit à une rente. d) Enfin, le recourant se plaint également d'une importante asthénie, dont il soutient qu'elle entrave sa capacité de travail. Or, ce trouble n'a pas non plus pu être expliqué par des raisons organiques, comme l'a indiqué le Dr N _____. Il s'agit ainsi ici aussi d'une plainte purement subjective du recourant, dont on ne saurait admettre le caractère incapacitant en l'absence d'un substrat somatique, conformément à la jurisprudence précitée. Eu égard aux considérations qui précèdent, le droit à une rente doit être nié.

E. 10

Reste à examiner si le recourant peut se voir reconnaître le droit à des mesures de réadaptation. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

A/2284/2008 - 18/20 - Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 RAI définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108, consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488, consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATF du 16 février 2007, I 170/06, consid. 3.4). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 2 décembre 2002, I 660/02, consid. 2.1). b) Si l'on se fonde sur le taux d'incapacité admis par le Dr T _____ (30%), le recourant a théoriquement droit à une mesure de reclassement. Les autres conditions pour la mise en œuvre d'une telle mesure ne sont cependant pas réunies en l'espèce. En effet, sur le plan médical et objectif, aucune limitation fonctionnelle incompatible avec les professions d'architecte ou d'agent technico-commercial précédemment exercées par le recourant n'a été mise en évidence - à tout le moins au moment de la décision litigieuse -, de sorte que l'on peut attendre de ce dernier qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans ces activités, adaptées à ses atteintes.

A/2284/2008 - 19/20 - En conséquence, compte tenu de l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse, c'est également à juste titre que l'intimé a nié la nécessité de mettre sur pied des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03).

A/2284/2008 - 20/20 -

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