

GE_GERICHTE ATAS/1202/2008 vom 28. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1202_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1202/2008 du 28 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1202/2008 del 28 ottobre 2008

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'article 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. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 9 juillet 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

E. 3

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

A/3036/2007 - 7/13 -

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 5

Dans son courrier du 9 juillet 2008, l'OCAI s'est clairement déterminé par la négative quant à la demande de l'assuré relative aux mesures de réadaptation professionnelle. La requête

visant à la suspension de la présente cause est dès lors devenue sans objet.

E. 6

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine).

E. 6.1

et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier

A/3036/2007 - 10/13 - permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que l'audition de la Dresse G _____ s'avère superflue.

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261, consid. 4, et la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des

A/3036/2007 - 8/13 - règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

E. 8

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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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. 9

Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 10

En l'espèce, il résulte du rapport d'expertise établi par le Dr D_____ le 7 juin 2005 que sur le plan psychique, l'assuré ne souffre d'aucune atteinte à la santé pouvant avoir une influence significative sur sa capacité de travail.

A/3036/2007 - 9/13 -

La Dresse F_____ a, dans le cadre de l'expertise réalisée en août et octobre 2006, conclu à une incapacité totale de travailler dans le métier de carreleur vu les limitations fonctionnelles handicapant l'assuré, mais a estimé que dans une activité adaptée, la capacité restait entière.

C'est le lieu de constater que les rapports des Drs D_____ et F_____ satisfont pleinement aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante d'une expertise médicale (ATF 125 V 353), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de leurs conclusions.

Les constatations des Drs B_____, G_____ et C_____ ne sont par ailleurs pas de nature à les mettre en doute.

En effet, le Dr B_____, dans son attestation du 20 novembre 2007, s'est borné à relever que l'assuré était persuadé que son status psychiatrique n'avait pas été correctement

pris en considération, et lors de son audition le 19 février 2008, a répété qu'il avait fixé le taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100% en se fondant sur les déclarations de celui-ci et sur sa situation de facto. Il a à cet égard reconnu qu'il lui était difficile d'évaluer la capacité de travail.

La Dresse C_____ quant à elle n'a pas fixé de taux d'incapacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée.

Le diagnostic posé par la Dresse G_____ d'état dépressif sévère ne correspond en rien à ceux retenus par les Drs D_____ et B_____. L'assuré présente en effet des symptômes dépressifs assez légers et très adaptatifs pour le premier et des symptômes dépressifs dont l'intensité va de léger à moyen pour le second. Ainsi que le relève la Dresse H_____, la Dresse G_____ semble fonder son diagnostic principalement sur les résultats obtenus sur l'échelle de Hamilton, alors que le Dr D_____ avait établi un rapport d'expertise détaillé et motivé et que le Dr B_____ a été le médecin traitant de l'assuré durant plus de deux ans.

E. 11

L'assuré a sollicité l'audition de la Dresse G_____. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid.

E. 12

Il y a en conséquence lieu de retenir une incapacité entière de travailler dans l'activité de carreleur et une capacité de 100% dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par la Dresse F_____.

E. 13

Il est possible que l'état de santé de l'assuré, sur le plan psychique, connaisse une aggravation depuis fin 2007-début 2008, moment auquel la Dresse G_____, est devenue son nouveau médecin traitant. La décision litigieuse ayant été notifiée le 9 juillet 2007, cette éventuelle aggravation constituerait un fait nouveau que le Tribunal de céans ne saurait trancher. Le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4). L'assuré a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, s'il établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b).

E. 14

Reste à déterminer le degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au

moins, à une demi- rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la

A/3036/2007 - 11/13 - comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). 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. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI, au demeurant conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA, doit être confirmé. Un degré d'invalidité de 23,5% a ainsi été déterminé, ce qui n'ouvre le droit à aucune rente.

E. 15

Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné : cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270).

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 sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend 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. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et

les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau

A/3036/2007 - 12/13 - professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En conséquence l'assuré, dont le degré d'invalidité est de 23,5% a en principe droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Le Tribunal de céans constate cependant qu'en réalité, bien qu'ayant directement sollicité de l'OCAI l'examen de son droit à de telles mesures, l'assuré apparaît comme peu motivé à reprendre une quelconque activité, en raison de la maladie de son épouse auprès de laquelle il tient à rester. Aussi l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ne paraît-il pas justifié.

E. 16

Le recours est rejeté.

A/3036/2007 - 13/13 -

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