

GE_GERICHTE ATAS/1206/2012 vom 8. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1206_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1206/2012 du 8 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1206/2012 del 8 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 24 novembre 2011, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/1113/2011).

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison des atteintes à la santé qu'il présente.

E. 3

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 accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGa). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

E. 4

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

A/1676/2011 - 7/13 - doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance

du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 5

a) 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 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 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 352 ss consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, 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/1676/2011 - 8/13 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise (judiciaire) 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 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). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). e) Enfin, 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. 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. 5a).

E. 6

En l'espèce, l'intimé a retenu dans sa décision litigieuse, en se fondant sur l'avis du Dr D _____, que dès novembre 2004, la capacité de travail du recourant était

A/1676/2011 - 9/13 - totale, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité simple et répétitive. Le recourant est par contre d'avis que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité lucrative. Il se fonde pour cela sur l'avis de son médecin traitant, le Dr C _____. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a été soumis à une expertise cardiologique et psychiatrique effectuée par les Drs F _____ et G _____. Par rapport du 20 janvier 2012, le Dr F _____ a diagnostiqué un infarctus apical, une dysfonction ventriculaire gauche discrète et modérée, une maladie coronarienne avec ischémie actuelle, un status après angioplastie et pose de cinq stents sur l'artère interventriculaire antérieure, une occlusion de l'artère coronaire droite, une occlusion de la première marginale de l'artère circonflexe, un status après angioplastie et pose de stents actifs sur l'artère circonflexe et sur la première marginale. Ces atteintes entraînaient une fatigabilité importante, des douleurs thoraciques et un essoufflement à l'effort. Il était donc nécessaire que le recourant ait des périodes de repos et qu'il n'exerce qu'une activité sédentaire. Selon l'expert, le recourant pouvait exercer son activité habituelle et toute activité sédentaire à 50% avec une perte de rendement de 20%, compte tenu de la nécessité d'éviter le stress. Par rapport du 12 juin 2012, le Dr G _____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et mixte, d'un degré de gravité léger (F43.22). Ce trouble se manifestait essentiellement par des ruminations et une inquiétude se rapportant à la crainte d'un nouvel accident cardiaque, par une fatigabilité physique et psychique et une difficulté à se concentrer qui pouvait entraîner une baisse de rendement de 20%. L'atteinte psychique n'entraînait que des répercussions légères sur la

capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'informaticien ou d'agent commercial. Le recourant pouvait exercer son activité habituelle et, de manière générale, toute activité lucrative adaptée limitant autant que possible les stress psycho-sociaux et permettant des temps de pause. En consilium, les experts ont relevé qu'en raison des troubles somatiques et psychiques, le recourant pouvait exercer son activité professionnelle - qui était de nature sédentaire (dans l'informatique ou dans le commerce d'import-export) - à un taux de 50% avec une baisse de rendement d'environ 20%, depuis vraisemblablement 2008. L'activité devait être totalement sédentaire, car le recourant présentait un angor d'effort. Les limitations étaient également dues à la fatigabilité obligeant le recourant à se ménager des temps de pause et à une baisse de sa capacité de concentration. S'agissant du pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle, les experts ont noté qu'il était à craindre que dans un avenir proche, le recourant présente un angor de plus en plus invalidant, qui pourrait compromettre la reprise d'une activité professionnelle. L'exigibilité ne devrait donc pas être importante, car la situation risquait fort de se détériorer.

A/1676/2011 - 10/13 - La Cour de céans constate que tant le rapport du Dr F _____ que celui du Dr G _____ se basent sur des examens du recourant et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue eu égard notamment aux avis des Drs C _____ et D _____. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ces deux rapports remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante, laquelle n'est au demeurant pas contestée par l'intimé, qui, en se référant à l'avis du SMR du 11 juillet 2012, rejoint les conclusions des experts et retient une capacité de travail de 50% avec une baisse de rendement de 20%, dès août 2008. Le recourant, qui ne s'est pas prononcé sur les rapports d'expertise, fait quant à lui valoir dans son recours qu'il est en incapacité de travail totale, en se référant à l'avis du Dr C _____, médecin-traitant spécialisé en cardiologie. Cela étant, on relèvera que le Dr F _____ a dûment expliqué que s'agissant de l'aspect strictement cardiologique, une activité à 50% avec une perte de rendement de 20% pouvait être demandée au recourant, et que de surcroît, dans son rapport du 12 mars 2010, le Dr C _____ ne semblait pas s'opposer à la reprise d'une activité lucrative, pour autant qu'elle soit sédentaire. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'à compter du mois d'août 2008 (cette date résultant des diagnostics posés par le Dr F _____ et de l'avis du SMR du 11 juillet 2012), le recourant a présenté dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% avec une baisse de rendement de 20%. Pour la période antérieure, les capacités de travail fixées par l'intimé peuvent être confirmées. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant.

E. 7

a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans

interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

A/1676/2011 - 11/13 - c) 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 30 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références).

E. 8

En l'occurrence, dans la mesure où l'exercice de l'activité habituelle d'informaticien est médicalement adaptée et exigible de la part du recourant - activité qui correspond à la formation du recourant, qu'il a exercée à son arrivée en Suisse pendant plus d'une dizaine d'années ainsi qu'après la mise en faillite de sa société d'import/export -, son taux d'incapacité de travail équivaut à sa perte de gain. Ainsi, la capacité de travail dans cette activité sédentaire était de 80 % depuis le 3 novembre 2004 et de 50% avec une baisse de rendement de 20%, soit 40% depuis août 2008 de sorte qu'au 31 janvier 2009 le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % pendant une année (20 % du 1er février 2008 au 31 juillet 2008 et 60 % du 1er août 2008 au 31 janvier 2009). Le revenu que le recourant pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond donc à une incapacité de gain de 60 % au 1er février 2009, lequel donne droit à un trois quart de rente d'invalidité. Compte tenu du fait que la demande de prestations a été déposée le 23 juillet 2009 et que le délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI a expiré le 23 janvier 2010, le droit à la rente ne peut naître, au plus tôt, que le 1er janvier 2010, conformément à l'art. 29 al. 3 LAI. Le recourant doit donc être mis au bénéfice d'un trois quart de rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2010.

A/1676/2011 - 12/13 - Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente.

E. 9

Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à un trois quart de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2010.

E. 10

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis

LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/1676/2011 - 13/13 - 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.