

GE_GERICHTE ATAS/1277/2008 vom 13. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1277_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1277/2008 du 13 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1277/2008 del 13 novembre 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) 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

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer 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). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 23 novembre 2007, est postérieure 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

A/23/2008 - 11/17 - 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, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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. 4

Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

a) 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). 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). 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-

A/23/2008 - 12/17 - quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il

A/23/2008 - 13/17 - se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 encore 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

a) Pour établir la capacité de travail du recourant, l'OCAI s'est fondé sur l'expertise de la clinique CORELA. Les différents médecins ayant examiné l'assuré ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette évaluation. Il soutient être dans l'incapacité totale de travailler en raison du fait qu'il n'arrive pas à stabiliser son diabète et qu'il est sujet à de fréquents malaises hypoglycémiques. Il reproche aux experts de n'avoir pas pris en compte les contraintes qui découlent de sa maladie. b) Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise de la clinique CORELA. Celle-ci a été diligentée par plusieurs spécialistes, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assuré et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les diagnostics posés sont corroborés par les rapports des autres médecins s'étant déjà exprimés (les Drs A _____, B _____ et C _____). Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les

conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les experts à ne pas retenir l'ensemble des empêchements (et/ou douleurs) allégués par l'intéressé. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, le Tribunal de céans considère que le rapport d'expertise du 16 juillet 2007 a pleine valeur probante.

A/23/2008 - 14/17 -

Certes, le Dr C _____, des HUG a conclu à une incapacité de travail mais il n'a pas motivé son avis et a préconisé un avis spécialisé à cet égard, tout comme le Dr B _____, d'ailleurs. C'est précisément ce qu'a fait l'OCAI en mandatant la Clinique CORELA. Contrairement à ce que soutient le recourant, les experts ont tenu compte de ses plaintes et des contraintes liées à sa maladie puisqu'ils ont expressément écarté les professions qui impliqueraient des horaires irréguliers ou de nuit, le port de lourdes charges, les mouvements de contrainte répétitifs au niveau de rachis, ou encore les positions statiques en porte-à-faux prolongées. En revanche, ils ont considéré que dans une activité respectant ces conditions, l'assuré dispose encore d'une pleine capacité de travail. En substance, les experts ont estimé que le problème le plus grave de l'intéressé était son atteinte oculaire importante et les risques majeurs d'une dégradation relativement rapide, tout en précisant qu'au moment de l'expertise toutefois, l'acuité visuelle était encore pratiquement normale des deux côtés, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité à prévoir dans l'immédiat à ce niveau-là. De même, si la situation a été jugée inquiétante en termes de pronostic s'agissant du diabète, aucune incapacité de travail n'a été constatée.

L'argumentation du recourant, qui tente de substituer sa propre appréciation à celle opérée par les experts, ne saurait être retenue dans la mesure où elle n'est étayée par aucun élément médical permettant de s'écarter de l'expertise. Il suit de ce qui précède que le recourant doit être considéré comme apte à exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée. Le grief du recourant portant sur les qualités des interprètes mis à sa disposition durant les examens ne saurait permettre d'aboutir à une autre conclusion. En effet, il apparaît que les interprètes auxquels il a été fait appel ont été choisis sur la liste des traducteurs-interprètes professionnels pouvant justifier du droit de pratiquer et donc des compétences nécessaires pour ce faire. Quoi qu'il en soit, cela reste sans incidence sur les conclusions médicales. En effet, les conclusions des experts sur le plan somatique se basent sur un examen du patient et le dossier médical de ce dernier, de sorte qu'il importe peu en définitive que la traduction ait été approximative - si l'on devait admettre que tel est le cas, ce qui n'est pas établi. Ce n'est que sur le plan de l'examen psychique que la traduction revêt une importance décisive. Or, sur ce plan, non seulement aucun des médecins n'a jamais relevé de problème mais le recourant lui-même indique ne souffrir d'aucune atteinte.

E. 7

a) Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par le recourant. b) 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

A/23/2008 - 15/17 - 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). Cette méthode générale de comparaison des revenus s'applique également aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative lors de la survenance de l'atteinte à la santé mais desquels on pourrait raisonnablement exiger qu'ils en exercent une. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel 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. Le revenu d'invalidé 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). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). c) L'art. 26 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]) prévoit que lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait.

A/23/2008 - 16/17 - d) En l'espèce, l'assuré a indiqué n'avoir jamais exercé d'activité lucrative. Il allègue par ailleurs avoir dû interrompre ses études d'ingénieur en génie civil. Au vu des limitations fonctionnelles retenues par les experts, on ne comprend cependant pas en quoi son état de santé a empêché l'assuré de poursuivre sa formation. Il ressort d'ailleurs des explications de l'intéressé qu'il aurait mis un terme à ses études en raison du fait que les autres étudiants le soupçonnaient de toxicomanie, ce qui ne saurait être considéré comme un empêchement valable. Dans cette mesure, l'art. 26 al. 2 RAI ne saurait trouver application en l'occurrence. C'est par conséquent à juste titre que l'OCAI s'est référé aux données statistiques et s'est basé, qu'il s'agisse du revenant avant ou après invalidité, sur le salaire moyen que peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, car ce domaine recouvre un large éventail d'activités, ainsi qu'un nombre significatif de professions légères ne requérant pas de qualifications professionnelles particulières et adaptées au handicap de l'assuré. Les revenus avec et sans invalidité étant basés sur la même table statistique, il était effectivement superflu de les chiffrer avec exactitude puisque dans un tel cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité

de travail. Même en admettant que l'on applique au revenu d'invalidé une réduction supplémentaire pour tenir compte des malaises hypoglycémiques de l'assuré, cela ne permet pas d'atteindre un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente.

E. 8

Au vu de ce qui précède, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente au recourant, le fait que ce dernier se soit vu reconnaître un statut d'invalidé en Israël et en Ukraine et que, dans d'autres pays, le diabète de type I soit reconnu comme cause d'invalidité n'est pas pertinent, seuls les critères posés par la législation suisse entrant en ligne de compte. Or, ces derniers ne sont pas remplis, de sorte qu'il convient de rejeter le recours, étant précisé qu'il est loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande si son état venait à s'aggraver.

E. 9

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant désormais soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé art. 69 al. 1 bis LAI ; ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

A/23/2008 - 17/17 -

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