

# **GE\_GERICHTE ATAS/1323/2010 vom 21. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1323\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1323_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1323/2010 du 21 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1323/2010 del 21 dicembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 30 novembre 2010, la demande ayant été déposée le 30 juin 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 2**

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 27 août 2010, qui a été confirmé par la décision du 29 septembre 2010, contre A/3603/2010 - 5/9 - laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 22 octobre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demi-rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. c) 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. 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

A/3603/2010 - 6/9 - 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 de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

A/3603/2010 - 7/9 -

#### **E. 4**

Dans le cas d'espèce, l'assuré sollicite une rente entière d'invalidité, le 30 juin 2010, alléguant d'importantes douleurs, vertiges, fatigue et pertes de connaissance l'empêchant de travailler depuis 2008. Or, aucun document d'ordre médical n'atteste d'une atteinte invalidante, c'est-à-dire d'une affection dont les conséquences empêchent ou limitent l'assuré dans l'activité professionnelle exercée jusque là et dans une activité adaptée à ses limitations. Son médecin traitant fait état de douleurs généralisées peu systématisées, précisant que le patient ne présente aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail. Cet avis n'est contredit par aucun autre rapport médical. Hormis l'incapacité de travail de 6 mois consécutive à un accident le 25 janvier 2007, l'assuré n'a pas subi d'incapacité de travail de longue durée depuis lors, les arrêts de travail étant de quelques jours. Les deux médecins traitants qui l'ont suivi sur une assez longue période entre janvier 2007 et août 2010 ne mentionnent absolument pas les graves symptômes allégués (vertiges, pertes de connaissance), existant selon l'assuré depuis 2008. Sollicité en août 2010, le Dr O \_\_\_\_\_ affirme qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles, que les traitements sont restés sans effet et que l'activité professionnelle exercée est exigible à 100%, Compte tenu des arrêts de travail tout de même prescrits, le Tribunal a interrogé à nouveau ce médecin qui affirme avoir changé d'avis, l'assuré souffrant d'un état dépressif sévère. Le Tribunal retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'est pas incapable de travailler pour des raisons somatiques, aucun médecin ne retenant une affection médicale invalidante à cet égard. Il s'avère pour la première fois lors de l'instruction ordonnée par le Tribunal que l'assuré serait incapable de travailler pour des troubles psychiques. S'il est vrai que l'assuré a fait état de vertiges et autres troubles et que le dossier contient des certificats d'arrêt de travail, on ne peut pas reprocher à l'OAI de ne pas avoir investigué l'aspect psychiatrique, à défaut d'allégués et de rapport médical à ce sujet. Toutefois, il faut aujourd'hui retenir que la dépression sévère mentionnée, si elle est confirmée, est peut-être antérieure à la demande du 30 juin 2010 et à la décision du 29 septembre 2010, de sorte que le recours sera partiellement admis et que le dossier sera renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire dans ce sens, dans un premier temps en sollicitant l'avis des médecins traitants de l'assuré, puis, le cas échéant, en mettant en place une expertise psychiatrique.

#### **E. 5**

Le recours est donc partiellement admis. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant

sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Toutefois, compte tenu du fait

A/3603/2010 - 8/9 - que l'instruction diligentée par l'OAI n'est pas critiquable, le Tribunal renonce à la perception d'un émolument.

A/3603/2010 - 9/9 -

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