

GE_GERICHTE ATAS/135/2009 vom 9. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_135_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/135/2009 du 9 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/135/2009 del 9 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

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.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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

A/3354/2008 - 9/14 - consid. 4b et les références). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a al. 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des Offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le Tribunal des assurances du canton de l'Office qui a rendu la décision. En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 11 mars 2008, qui a été confirmé par la décision du 29 août 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 17 septembre 2008. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). b) Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), seront prises en considération selon les principes de droit intertemporel à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et au regard des nouvelles dispositions pour la

période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité. 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

A/3354/2008 - 10/14 - invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : "L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière." 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 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). 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 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes

A/3354/2008 - 11/14 - directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). 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 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). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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. ch. 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. 5

En l'occurrence, il convient tout d'abord de déterminer la capacité de travail du recourant en se fondant sur le dossier médical.

A/3354/2008 - 12/14 - Se trouvent au dossier une expertise du Dr R_____ de novembre 2007, des attestations des médecins traitants, notamment des Drs L_____ et des avis des médecins du SMR. Il y a préalablement lieu de relever que l'expertise du Dr R_____ remplit tous les réquisits pour lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, elle est complète et ses conclusions sont motivées et convaincantes. Selon l'expert, il n'existe pas d'affection neurologique associée à une diminution de la capacité de travail. Il faut noter la présence d'un état anxieux, associé à des troubles attentionnels-mnésiques modérés, sans

atteinte des fonctions cognitives proprement dites. Des céphalées chroniques et un glaucome n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. L'évolution typiquement bénigne et l'absence de risque de resaignement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne du patient, sans rupture d'anévrisme ou malformation vasculaire, n'ont pu être comprises par le patient et l'état anxieux avec céphalées tensionnelles, nuchalgies et épisodes migraineux s'est développé dans ce contexte, sans conséquence neurologique organique détectable au niveau cérébral. Il existe uniquement une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 30 % pour les tâches nécessitant une forte activité attentionnelle, secondaire à un état anxieux chronifié avec somatisation. Il n'y a jamais eu, hormis à l'occasion de l'épisode aigu de 2003, une diminution de la capacité de travail pour des raisons neurologiques. Une prise en charge plus intensive de l'état anxieux, ainsi qu'un discours cohérent permettant de rassurer le patient sur l'absence de risque de récurrence hémorragique seraient susceptibles de diminuer les troubles de la concentration ainsi que la somatisation secondaire à cet état anxieux, et par là-même d'améliorer le confort du patient dans son activité professionnelle. Les développements et les conclusions de cette expertise sont précis et convaincants. L'expert explique qu'il n'existe pas de limitation d'origine neurologique organique à l'incapacité de travail. Il reconnaît cependant une diminution du rendement de l'ordre de 30 % concernant des tâches nécessitant une forte activité attentionnelle, en raison d'un état anxieux chronifié avec somatisation. Cette expertise, ayant pleine valeur probante, sera donc suivie par le Tribunal de céans, qui constate que le recourant présente dans son activité habituelle une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 30 %. Il est à noter que selon l'expert une prise en charge psychiatrique de l'état anxieux ainsi qu'un discours cohérent permettant de rassurer le patient sur l'absence de risques de récurrence hémorragique seraient susceptibles de diminuer les troubles de la concentration ainsi que la somatisation secondaire à cet état anxieux et par là-même d'améliorer le confort du patient dans son activité professionnelle. Par ailleurs, il convient de relever que les avis des Drs L. _____ et P. _____, médecins traitants, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expert. En effet, ils n'expliquent nullement en quoi la capacité de

A/3354/2008 - 13/14 - travail est diminuée et sans substrat organique neurologique, il n'est pas possible de suivre leur appréciation. À cet égard, il y a lieu d'ajouter que les avis des médecins traitants, liés à leurs patients par un lien de confiance, ont moindre valeur probante que ceux des experts, neutres.

E. 6

Comme le recourant présente une diminution de rendement de 30 % dans son activité habituelle, diminution qui peut s'apparenter à une incapacité de travail de 30 %, celle-ci correspond au degré d'invalidité. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité. Ainsi, il y a lieu de constater que l'assuré présente un degré d'invalidité de 30 %, ne lui ouvrant pas droit à une rente. Par ailleurs, des mesures de réadaptation sont inutiles, puisque le recourant peut continuer à exercer la profession qui est la sienne.

E. 7

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/3354/2008 - 14/14 -

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