

GE_GERICHTE ATAS/1361/2008 vom 20. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1361_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1361/2008 du 20 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1361/2008 del 20 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La décision litigieuse, du 4 décembre 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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point 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). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.

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

A/176/2008 - 9/16 - 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). 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 261 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 Revue Suisse des assurances sociales [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

A/176/2008 - 10/16 - 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 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

Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Prof. Q _____ et d'avoir écarté les avis des Drs M _____, L _____ ET N _____. Il estime en effet, sans toutefois apporter d'argument particulier, que le rapport du Prof. Q _____ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où il contient des contradictions. Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation du recourant pour les motifs suivants. Tout d'abord, le rapport d'examen du Prof. Q _____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Le Prof. a retenu les mêmes diagnostics que les autres médecins qui se sont prononcés – diagnostics qui ne sont au demeurant pas contestés – et est parvenu aux mêmes conclusions que le Dr O _____ quant aux limitations fonctionnelles à retenir. Ces conclusions ne sont d'ailleurs pas mises en doute par le Dr N _____, dont il convient de relever qu'il n'a jamais affirmé que l'assuré serait dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. Au contraire, il semble implicitement corroborer les conclusions du Prof. Q _____ en soulignant la nécessité d'une réadaptation professionnelle et en indiquant qu'une autre profession serait possible, à condition qu'elle soit adaptée.

A/176/2008 - 11/16 - Certes, la conclusion du Prof. Q _____ selon laquelle l'assuré serait capable de continuer à exercer sa profession de magasinier – laquelle a été décrite comme impliquant le déplacement de lourdes charges peut étonner. Il convient cependant de relever que le Prof. Q _____ a nuancé cette conclusion en précisant que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, si elle n'impliquait pas de charges trop lourdes à soulever, ni de stations debout trop prolongées. Dans la mesure où tel est précisément le cas, il convient donc d'écarter cette éventualité. Ainsi, en définitive et en réalité, tant le Dr O _____ que le Prof. Q _____ ou encore le Dr N _____ sont d'accord pour conclure qu'il n'est pas possible à l'assuré de reprendre son activité habituelle dans la mesure où elle implique le port de charges et n'est donc pas adaptée. 22. Reste à examiner la conclusion finalement retenue par l'intimé, à savoir le fait que l'assuré est capable d'exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée à ses limitations. Ainsi que cela a déjà été souligné, cet avis n'est pas isolé puisqu'il est partagé par le Dr O _____. Il est vrai que le Dr L _____, dans un bref rapport du 21 novembre 2002, a conclu à une incapacité totale de travail dans la profession exercée jusqu'alors, tout comme dans une autre, en raison de la persistance des douleurs chroniques. Son avis, non étayé par ailleurs, ne saurait suffire à s'écarter de celui des spécialistes en rhumatologie. De même, le Dr M _____ a simplement conclu à une incapacité de travail de 50% de longue durée,

sans motiver davantage son opinion ni indiquer en quoi consisteraient les limitations de son patient. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Or, sans doute objectivement fondé sur la valeur probante des documents médicaux déjà en possession du juge ou de l'administration, une expertise complémentaire ne peut être ordonnée pour tenter de compléter la liste des diagnostics retenus. Il en résulterait en effet un allongement de la procédure et des frais tout à fait disproportionnés et sans relation aucune avec les principes de célérité, d'économie de procédure et de proportionnalité. On retiendra donc que, sur le plan somatique, le recourant est capable d'exercer à plein une activité adaptée à son état de santé c'est-à-dire permettant d'éviter les

A/176/2008 - 12/16 - travaux lourds, le port de charges de plus de 15 kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout.

23. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI. a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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 rentes 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; 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). Le revenu d'invalide 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

A/176/2008 - 13/16 - compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). 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 avait été 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. b) En l'espèce, le revenu de non invalide, que l'intimé a fixé à 63'398 fr. 40 pour l'année 2003, n'est pas contesté. Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges très lourdes, ni travail en porte-à-faux et permettant d'alterner les positions. Selon les données de l'ESS 2002, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'798 fr. par mois pour un horaire de travail de 40 h./sem., ce qui correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2003, de 60'983 fr. 35. A cet égard, l'objection du recourant qui demande que l'on se réfère à un horaire de 40 h./sem. ne saurait être retenue dans la mesure où l'intimé a l'obligation, selon la jurisprudence rappelée supra, de rectifier ce salaire mensuel au motif que les salaires bruts standards sont calculés par rapport à un horaire de travail d'une durée inférieure à la moyenne hebdomadaire dans les entreprises en 2003. Dans la mesure où l'on a retenu que le recourant était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à sa santé, il n'y a pas lieu de descendre en deçà de cette moyenne statistique. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a appliqué une réduction supplémentaire de 10% seulement. A cet égard, le recourant demande que la réduction soit portée à 15, voire 20% pour tenir compte du fait qu'il est de nationalité étrangère, qu'il est âgé de cinquante-deux ans, qu'il subit des limitations importantes en raison de ses douleurs dorsales qui l'empêchent d'effectuer des travaux lourds, qu'il est obligé d'alterner les positions et de se limiter à un temps partiel. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, l'affirmation selon laquelle le recourant ne pourrait travailler qu'à temps partiel a été réfutée. Il n'y a dès lors pas lieu d'en tenir compte ici. Reste qu'il a effectivement dépassé la cinquantaine et qu'il subit un certain nombre de limitations.

A/176/2008 - 14/16 - C'est le lieu de rappeler que la réduction résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée. On indiquera ainsi plus particulièrement les facteurs dont il a été tenu compte dans l'appréciation globale (VSI 2000 consid. 5b/dd p. 321s). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs pertinents, substituer son appréciation à celle de l'administration sans raisons valables; il doit donc pouvoir se fonder sur des éléments qui font apparaître que son appréciation différente est mieux appropriée à la situation (VSI 2000 consid. 6 p. 322; ATF 126 V 81 consid. 6). On ne saurait toutefois opérer dans ce cas une réduction de plus de 10, voire 15%. Les facteurs à prendre en considération en l'espèce

ne sont en effet pas d'une importance telle qu'ils justifient l'application d'une réduction de 20%, comme le demande le recourant. Les limitations retenues ne touchent pas à la motricité fine, par exemple. Par ailleurs, le recourant est certes de nationalité étrangère mais bien intégré dans le marché du travail depuis de nombreuses années. On doit bien plutôt admettre qu'une réduction de 15% au maximum tient raisonnablement compte de sa situation. Ce faisant, le degré d'invalidité s'établit à 18,2 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir droit à des mesures d'ordre professionnel étant rappelé que le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI) et que 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). Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. En revanche, le recourant devra se voir octroyer une aide au placement. Il convient de rappeler qu'aux termes du nouvel art. 18 al. 1 LAI, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont notamment droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Cette modification ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également arrêt L. du 29 mars 2005, I 776/04). La nouvelle teneur de l'art. 18 al. 1 LAI a été adoptée par le Conseil national - suite au retrait d'une proposition plus contraignante encore pour les offices AI - sans discussion (BO CN 2001, p. 1935). Lors du plenum du Conseil des États, le rapporteur de la Commission a recommandé d'adopter la proposition - ce qui a été le cas sans discussion - notamment en raison du fait que cette nouvelle

A/176/2008 - 15/16 - disposition constituait une base juridique contraignante pour l'activité de placement des offices AI (BO CE 2002 p. 756). L'art. 18 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement. Le recours est donc très partiellement admis en ce sens.

A/176/2008 - 16/16 -

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