

GE_GERICHTE ATAS/1411/2008 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1411_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1411/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1411/2008 del 28 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'art. 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).

A/1295/2007 - 12/18 - 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 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'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). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, 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). Enfin, 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 demi-rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente.

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

A/1295/2007 - 13/18 - 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). 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

A/1295/2007 - 14/18 - 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 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 la capacité de travail exclusivement sur le rapport d'examen rhumato-psychiatrique des Drs J_____ et K_____. Il soutient qu'une incapacité de travail au moins partielle devrait lui être reconnue dans la mesure où il est incapable de travailler plus qu'il ne le fait actuellement dans un poste léger et peu qualifié. Les diagnostics posés par les Drs J_____ et K_____ dans leur rapport - à savoir rachialgies étagées chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs étagés (M54.9), état de stress post-traumatique actuellement en rémission (F43.1), trouble anxieux et dépressif réactionnel à un accident de voiture (F41.2) et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) - ne sont pas contestés. Seule demeure litigieuse la question de la répercussion éventuelle de ces affections sur la capacité de travail du recourant. Tout d'abord, il y a lieu de relever que le rapport des médecins du SMR se fonde sur une anamnèse détaillée et un examen clinique du recourant. Il mentionne également les plaintes de l'assuré. Le recourant reproche cependant aux médecins de n'avoir

A/1295/2007 - 15/18 - pas expliqué les raisons pour lesquelles ils s'étaient écartés de l'avis des praticiens qui avaient conclu à une incapacité de travail. Force est cependant de constater à l'examen des différents documents médicaux versés au dossier que les conclusions des médecins du SMR sont corroborées par l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur le cas du recourant, à l'exception de son médecin-traitant, le Dr C_____. Les médecins du SMR ont d'abord relevé que l'examen clinique, tant neurologique qu'œoarticulaire périphérique se révélait normal, hormis quelques discrets troubles de la statique vertébrale au niveau rachidien. Le Dr C_____ avait déjà constaté en novembre 2003 que le status neurologique était normal. Les médecins de la CRR au printemps 2004, ont précisé que les radiographies du rachis cervical ne montraient aucune anomalie. Ces constatations ont été encore corroborées par le Dr H_____ et le Dr I_____. Ainsi que l'a précisé à bon escient le Dr H_____, il n'est cependant pas

question de conclure à une quelconque simulation de la part du recourant. Force est simplement de constater que les douleurs qu'il allègue ne sont pas objectivables. Par ailleurs, elles ne se traduisent que par des limitations finalement minimales. Ainsi, les médecins du SMR n'ont relevé qu'une discrète limitation de mobilité du rachis cervical et dans une moindre mesure, dorsolombaire, également constatée par le Dr E_____ en janvier 2004. Le recourant lui-même a indiqué qu'il rencontre des difficultés pour se baisser, travailler les bras en hauteur, marcher longtemps, ou soulever des charges de plus de 7 kg. Force est cependant de constater que son travail actuel est adapté à ces limitations dans la mesure où il se limite à de la manutention légère, lui permet de s'aménager de nombreuses pauses et d'éviter les déplacements à pied grâce au petit véhicule mis à sa disposition. Il n'apparaît donc pas déraisonnable d'attendre de l'assuré qu'il augmente son temps de travail à 100%. Le Dr C_____ lui-même avait d'ailleurs admis, dans son rapport du 16 décembre 2004, que si l'activité de maçon n'était certes plus exigible, on pourrait attendre de l'assuré qu'il exerce une autre activité à plein temps, par exemple celle de magasinier, à condition d'éviter le port de lourdes charges. Le Dr L_____ est arrivé à la même conclusion, tout comme le Dr H_____. Ce dernier a précisé que du point de vue strictement cervical, il n'y a aucun élément objectif qui interdirait à l'assuré de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Les conclusions des médecins du SMR, qui, s'ils ont admis la présence de troubles statiques et dégénératifs rachidiens étagés, ont estimé qu'ils étaient compatibles avec

A/1295/2007 - 16/18 - une capacité de travail complète, n'est donc pas un avis isolé, d'autant qu'ainsi qu'ils l'ont fait remarquer, les médecins de la CRR, à la sortie du recourant, n'avaient retenu une incapacité de travail que pour des raisons psychiques. A l'époque, le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait en effet été posé. Le Dr F_____ précisait cependant déjà que le recourant se trouvait à la limite inférieure du seuil diagnostique et avait déjà relevé une amélioration dans un rapport ultérieur du 5 mars 2004. Les médecins du SMR ont constaté que le stress post-traumatique était désormais en rémission, ce que ne conteste aucun autre médecin. Le médecin-traitant ne relève aucune limitation sur ce plan. Selon les médecins du SMR, seules persistent des bouffées d'angoisse s'inscrivant dans un trouble dépressif anxieux, ce qui ne constitue pas une atteinte à la santé incapacitante de façon durable, étant précisé qu'il s'agit d'une affection moins grave qu'un épisode dépressif majeur, même de degré léger. Dans ces circonstances, ainsi que le Dr H_____, l'a fait remarquer, dans la mesure où l'on se trouve dans une situation de coup du lapin "tout à fait classique" et que la situation est claire du point de vue cervical, il n'y a pas lieu de se livrer à des investigations supplémentaires, étant rappelé 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, hypothèse qui n'est pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu supra. Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR selon lesquelles l'assuré souffre bien de rachialgies chroniques dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs mais conserve une capacité de travail entière. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assuré à une rente. A

titre superfétatoire, le Tribunal ajoutera que même si l'on devait admettre que l'activité de maçon - qui paraît tout de même relativement lourde - ne peut plus être exigée de l'assuré, il en va différemment du poste qu'il occupe actuellement et dont on pourrait raisonnablement attendre qu'il l'exerce à plein temps. En ce cas, la comparaison des gains entre le salaire réalisé auparavant dans l'activité de maçon, soit 63'427 fr. 30 (47'570.50 d'avril à décembre 2002 selon décompte LPP), et le revenu que l'assuré pourrait désormais obtenir en exerçant le poste qui est

A/1295/2007 - 17/18 - actuellement le sien à plein temps, soit 48'396 fr. (2'016.50 par mois à mi-temps), conduit à un degré d'invalidité de 23,7%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/1295/2007 - 18/18 -

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