

GE_GERICHTE ATAS/177/2009 vom 18. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_177_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/177/2009 du 18 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/177/2009 del 18 febbraio 2009

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) qui sont 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

a) La décision litigieuse, du 27 août 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA le 1er janvier 2003, 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). De plus, la demande de prestations a été déposée le 29 mars 2006 et se réfère à une incapacité de travail significative ayant débuté selon le médecin traitant en janvier 2005, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de ces dispositions. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). b) Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p.

E. 4

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). 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 LPG), 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

A/3500/2008 - 8/11 - 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.). d) S'agissant des 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) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). b) D'après l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

A/3500/2008 - 9/11 - L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. c) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 6

a) En l'espèce, selon le dossier médical, le recourant souffre de troubles au genou gauche, qui a été opéré à deux reprises - double ménisectomie interne gauche et ostéotomie tibiale -, la dernière fois en 2005. Il présente également de cervicalgies, investigués depuis 1994 (cf. rapport de la clinique de neurologie des HUG du 5 mai 1994 ; IRM du 13 juillet 2004, IRM du 17 mars 2006, IRM de mai 2008), ainsi que de troubles aux mains et aux membres supérieurs opérés à plusieurs reprises (cf. notamment : enclavement du nerf cubital [rapport opératoire du 14 décembre 1987], cure chirurgicale du canal carpien le 20 novembre 1987, cure chirurgicale avec plastie du ligament annulaire le 11 février 1988, neurolyse des nerfs du pouce gauche le 1er octobre 1999, opération de deux doigts en février 2008 selon les allégations du recourant). Le Dr L_____, de l'Unité d'orthopédie des HUG, a retenu que le recourant était en incapacité de travail entière depuis le 18 janvier 2005 en relation avec les problèmes au genou gauche. L'activité exercée jusque là, de peintre en bâtiment, n'était selon lui plus exigible qu'à 50% ; en revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire sans port de charges, éviter les échafaudages et le terrain irrégulier) son patient présentait une capacité de travail entière (cf. rapport du Dr L_____ du 14 avril 2006). Quant à la Dresse N_____, généraliste, elle a attesté en mai 2005, à l'égard de l'assureur perte de gain pour maladie, une incapacité de travail entière pour les affections cervicales du 1er octobre 2004 au 19 avril 2005. Du point de vue psychiatrique, une expertise mise en œuvre à la demande de l'assureur-maladie en

A/3500/2008 - 10/11 - septembre 2004 a exclu la présence d'une quelconque affection psychique ayant une influence sur la capacité de travail. b) Dans son avis du 27 février 2007, le Dr P_____, chirurgien orthopédique au SMR, a fait siennes les conclusions du Dr L_____ et considéré que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment, mais entière dans une activité adaptée, à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, évitant le port de charges supérieures à 15 kg, les marches sur terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers, les échelles et les échafaudages (cf. limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____ dans le rapport du 14 avril 2006). c) Le Tribunal de céans observe que le SMR, qui n'a pas examiné l'assuré, a évalué la capacité résiduelle de travail du recourant en se fondant sur l'appréciation du chirurgien ayant opéré le genou, sans tenir aucun compte des autres troubles de santé présentés, en particulier à la colonne cervicale et aux mains, dont la réalité était pourtant amplement documentée par le dossier médical. De manière générale, l'instruction médicale du dossier paraît lacunaire : en effet, le seul médecin interpellé par l'intimé a été le Dr L_____, qui comme on vient de l'exposer n'a opéré que le genou, et ce alors même que le nombre de médecins ayant examiné et soigné le recourant est relativement important compte tenu des données anamnestiques. Quant au Dr P_____, du SMR, il s'est borné à énumérer les différentes pathologies ressortant du dossier médical sans toutefois en tirer aucune conclusion s'agissant de la capacité de travail - exception faite de la pathologie au genou -, et, surtout, sans ordonner aucune mesure d'instruction à cet égard. Or, il appartenait à l'intimé d'élucider le caractère invalidant des autres troubles de santé, ce d'autant plus que tant les cervicobrachialgies que les affections aux mains sont susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail même dans une activité sédentaire. e) Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise médicale par un expert indépendant et nouvelle décision.

E. 7

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 27 août 2008 annulée au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr.

A/3500/2008 - 11/11 -

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