

# **GE\_GERICHTE ATAS/291/2008 vom 6. März 2008**

GE Cour de justice, 2008-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_291\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_291_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/291/2008 du 6 mars 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/291/2008 del 6 marzo 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La présente cause est ainsi soumise à la LPGA. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable 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).

A/1249/2007 - 8/13 -

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid.

### **E. 3**

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable (art. 60 LPGA).

### **E. 4**

Il convient en l'occurrence de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les

données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 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 supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. 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<sup>ème</sup> 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). b) 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

A/1249/2007 - 9/13 - 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 posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). En principe, le juge ne s'écarte 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 ou de l'administration 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 contienne 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> 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). c) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121

A/1249/2007 - 10/13 - V 366 consid. 1b et la référence).

## **E. 5**

En l'occurrence, se trouvent au dossier plusieurs attestations des médecins traitants, deux expertises du Dr B \_\_\_\_\_ de septembre 2004 et mars 2005, ainsi qu'une expertise bidisciplinaire du SMR de juillet 2006. La décision de refus de l'OCAI datant du 22 février 2007, l'examen du Tribunal de céans ne prendra dès lors pas en considération les péjorations de l'état de santé de l'assuré qui pourraient éventuellement être survenues postérieurement à cette date. En novembre 2003, le Dr A \_\_\_\_\_ diagnostique une cervico-brachialgie sur troubles dégénératifs du rachis cervical. Le Dr B \_\_\_\_\_ évoque quant à lui, en septembre 2004 et en mars 2005, une suspicion de pieds neurologiques allant dans le sens d'une forme légère de la maladie de Charcot Marie, ainsi qu'une pathologie multiple qui se manifeste au niveau du rachis cervical, notamment des cervico-brachialgies C6 gauches sur hernie discale. Ce médecin précise que seuls les facteurs orthopédiques ont une influence sur l'incapacité de travail. Il estime l'incapacité de travail du recourant complète dans son activité de conseiller en assurances en raison des déplacements que cette profession implique. Dans son expertise de septembre 2004, le Dr B \_\_\_\_\_ précise que la capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans son activité habituelle de conseiller en assurances et de 100% dans un travail s'exerçant essentiellement en position assise. Les experts du SMR diagnostiquent pour leur part des métatarsalgies bilatérales persistantes après multiples interventions chirurgicales, des lombalgies récidivantes, des cervicalgies avec brachialgies irritatives à gauche, une hernie discale C5-C6, C6-C7, un status après énucléation traumatique de l'œil droit, une suspicion de la maladie de Marie Charcot, un syndrome du tunnel carpien des deux côtés peu symptomatique, une obésité avec BMI à 29, un tabagisme chronique, des traits de modification de la personnalité suite à une agression avec menace au pistolet. Selon la discussion qu'ils ont eue avec l'assuré, celui-ci peut marcher jusqu'à 50 m, mais au plus 200 à 300 m. Il ne peut pas porter de charges supérieures à 15 kilos ni travailler dans une station debout prolongée. Dès lors, d'un point de vue somatique, les experts estiment le recourant capable d'exercer son métier de conseiller en assurances, puisque ce dernier n'implique pas le port de lourdes charges et permet à l'assuré de se déplacer en voiture ou avec les transports publics. D'un point de vue psychique, les experts ne trouvent pas d'éléments évocateurs d'un syndrome de stress post traumatique ou d'autres troubles psychiatriques. Ils précisent que le tableau actuel est celui d'un homme de bonne constitution psychique, nullement détruit par son vécu, très compétent, qui a toute sa place dans le monde professionnel. L'assuré est actif au quotidien, il conduit, part en vacances, mène une vie sociale riche et s'intéresse notamment au football.

A/1249/2007 - 11/13 - En février 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ reconnaît également à l'assuré une capacité de travail de huit heures par jour en position assise, tout en précisant que le patient peut conserver la position debout deux heures par jour. Le Tribunal de céans constate tout d'abord que l'expertise du SMR a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Elle est complète, convaincante et bien motivée. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, elle tient compte du diagnostic de cervico-brachialgies, tel qu'il ressort des rapports des Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_. Quant aux autres critiques du recourant à l'égard de cette expertise, les experts du SMR ont indiqué que leur rapport ne contenait que les allégations de l'expertisé. Il n'y a donc pas à revenir sur ce point. S'agissant des troubles psychiques, le Dr D \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail et le Dr E \_\_\_\_\_ ne produit que de courts rapports, non motivés, qui ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts du SMR. Le Tribunal de céans fera donc siennes les conclusions des experts du SMR, qui se sont penchés en dernier sur l'état de santé du recourant. Il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une expertise judiciaire. L'activité de conseiller en assurances, dans la mesure où elle s'exerce essentiellement en position assise, n'implique pas le port de charges et permet à l'assuré de se déplacer en voiture ou en transports publics pour se rendre auprès des clients, paraît tout à fait adaptée aux diverses atteintes de l'assuré, notamment à sa pathologie orthopédique. Enfin, le fait qu'il ait été licencié, pris en compte par l'expert B \_\_\_\_\_, ne relève pas de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, il semblerait que l'assuré présente de nouvelles pathologies aux épaules, comme l'atteste le Dr A \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 mai 2007. Ces atteintes, qui n'ont jamais été évoquées avant la décision de l'OCAI de février 2007, postérieures à cette dernière, n'ont pas à être prises en considération dans la présente cause, puisque le Tribunal de céans est lié par l'état de fait tel qu'il se présentait au plus tard à la date de la décision de l'intimé. Si le recourant entend faire valoir une aggravation de son état de santé postérieure à la décision litigieuse, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI.

## **E. 6**

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 et apporte 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

A/1249/2007 - 12/13 - 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

A/1249/2007 - 13/13 -

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