

GE_GERICHTE ATAS/293/2008 vom 12. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_293_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/293/2008 du 12 mars 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/293/2008 del 12 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (ci-après: 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 (ci-après: LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci- après: LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2059/2007 - 6/13 -

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; ATF 129 V 4 consid. 1. 2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Les art. 56 et ss LPGA (applicables à la procédure en matière d'assurance-invalidité par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI), ainsi que la loi genevoise sur la procédure administrative (ci-après: LPA), en particulier les art. 89A et ss, sont applicables à la procédure de recours devant le Tribunal de céans. En particulier, le délai de recours est fixé à trente jours dès notification de la décision sujette à recours (art. 63 al. 1 let. a et al. 4 LPA applicable en vertu du renvoi de l'art. 89A et art. 60 al. 1 LPGA). Par ailleurs, ce délai légal ne court pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a; ATF 122 I 100 consid. 3b; ATF 114 III 53 consid. 3c et 4; ATF 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b; ATF 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATFA non publié du 2

mars 2000, C 387/99; consid. 1). L'envoi sous pli simple ne permet en général pas d'établir que la communication est parvenue au destinataire. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 8 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (cf. ATF 105 III 46 consid. 3; DTA 2000 n° 25 p. 121 consid. 1b; ATFA non publié du 21 janvier 2003, C 6/02, consid. 3.2).

A/2059/2007 - 7/13 - Le recourant affirme avoir reçu la décision litigieuse environ trois semaines après la date qu'elle porte, soit entre le 20 et fin avril. Il y a lieu de se fier aux déclarations du recourant du fait de l'impossibilité dans laquelle se retrouve l'OCAI de lever le doute sur cette question. Interjeté dans la forme prévue par la loi, et dans la mesure où il est impossible de déterminer de manière plus précise la date de notification en courrier simple de la décision attaquée au recourant, le recours est déclaré recevable.

E. 4

La question litigieuse que le Tribunal de céans doit trancher consiste à savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, c'est-à-dire de déterminer si les atteintes subies par le recourant à sa santé physique et mentale doivent ou non être considérées comme invalidantes au sens de la LAI et donc ouvrir le droit aux prestations prévues par cette loi, notamment les mesures d'ordre professionnel (conclusion principale du recourant) ou la rente (conclusion subsidiaire du recourant).

E. 5

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). Une maladie, un accident ou une infirmité congénitale peuvent provoquer une atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité (art. 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans

l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises

A/2059/2007 - 8/13 - de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c 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).

A/2059/2007 - 9/13 - L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport

d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) 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 disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du TFA, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 7

En l'occurrence, plusieurs pièces sont potentiellement pertinentes aux fins d'évaluer l'état médical du recourant. Tout d'abord, les examens pratiqués en 2004, dans les suites de l'accident. Les Docteurs L _____ et M _____ ont tout deux relevé une marche lente, mais sans boiterie ou lésions véritables. De son côté, la CRR, auprès de laquelle le recourant a séjourné plus d'un mois aux fins d'observations et de soins, diagnostique des lombalgies et discopathies lombaires ainsi qu'un trouble de l'adaptation ayant pour conséquence un niveau d'anxiété légèrement élevé, permettant une reprise rapide de son activité. Certes, la CRR a agi dans le cadre du régime de l'assurance-accidents en vue d'informer la SUVA quant aux possibilités de reprise de travail par le recourant. Toutefois, dans la mesure où le recourant a déposé une demande de prestations AI en invoquant des problèmes de santé dans les suites de son accident, la CRR s'est prononcée sur la même symptomatologie et son avis doit être pris en compte. Le Docteur O _____, consulté fin 2004,

A/2059/2007 - 10/13 - abonde dans ce sens en ne constatant aucune limitation propre à justifier la poursuite d'un arrêt de travail complet. Ainsi, force est de constater que l'ensemble de ces pièces, dont aucun élément de fait ne vient remettre en cause la pertinence, permettent de dégager une ligne directrice selon laquelle le recourant n'est pas limité au point que la reprise de son activité antérieure est impossible. Plus récemment, le rapport du Docteur P _____ reprend le diagnostic de trouble de l'adaptation, déjà évoqué par la CRR, tout en voyant une incapacité de travail totale. Cette conclusion prête le flanc à la critique, car le Docteur P _____ reprend le même diagnostic que la CRR qui n'a pas estimé que ce trouble justifiait la poursuite de l'incapacité de travail pour cause d'accident. Bien entendu, l'état psychiatrique d'un individu peut évoluer rapidement du tout au tout et plusieurs mois se sont écoulés entre le séjour du recourant à la CRR et le début de ses consultations chez le Docteur P _____. Mais, dans la mesure où le diagnostic n'a pas changé, il paraît douteux que les conséquences d'un tel diagnostic soient divergentes à ce point. Ainsi, il convient de s'écarter des conclusions du Docteur P _____ car celles-ci sont remises en cause par les spécialistes de la CRR, qui ont eu la possibilité d'observer le recourant sur une plus longue durée et de manière plus approfondie que le

Docteur P_____. Il en va de même du "rapport médical" établi par la Doctoresse Q_____, qui est en réalité une simple attestation qui indique un état dépressif chronique, sans toutefois étayer ce diagnostic sur la base d'une échelle de classification reconnue. De son côté, le Docteur N_____, médecin traitant du recourant, a toujours estimé qu'au vu des plaintes exprimées par celui-ci, seule une reprise d'activité dans un poste adapté à ses limitations demeure possible. Selon les développements jurisprudentiels rappelés ci-dessus, cet avis présente une valeur probante moindre, d'autant plus dans cette affaire où il est isolé parmi plusieurs autres rapports concluant de manière tout à fait différente sur les plaintes exprimées par le recourant et leur impact sur sa capacité de travail. De plus, le Docteur N_____, médecin généraliste, ne bénéficie pas, lorsqu'il s'exprime, de l'autorité d'un expert psychiatre ou rhumatologue. Le recourant se plaint de ce que l'OCAI aurait basé sa décision sur d'anciens rapports médicaux dépassés. Cela est inexact. En effet, il ressort des éléments versés à la procédure que l'OCAI a demandé un rapport médical au Docteur P_____ et qu'il a tenu compte des certificats du Docteur N_____ et de la Doctoresse Q_____, présentés par le recourant, en tant qu'ils ont été soumis pour avis au SMR. Cela est d'ailleurs mentionné dans la décision entreprise, à la suite des références faites aux rapports du Docteur O_____ et de la CRR.

A/2059/2007 - 11/13 - Le recourant se plaint également qu'une expertise psychiatrique n'ait pas été ordonnée. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En l'occurrence, les rapports médicaux pertinents circonscrivent de manière suffisante l'état de santé psychiatrique du recourant, de sorte qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique apparaît superflue. Ainsi, au terme de la procédure d'appréciation des preuves, les rapports médicaux retenus pertinents permettent de diagnostiquer un trouble de l'adaptation avec symptômes mixtes, anxieux et dépressifs. Du point de vue physique, aucune réelle affection n'est à déplorer.

E. 8

Selon la jurisprudence précitée, l'invalidité se définit comme une atteinte à la santé, permanente ou de longue durée, ayant des répercussions sur la capacité de gain. L'atteinte à la santé psychiatrique peut être invalidante au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, si elle est propre à entraîner une incapacité de travail (et donc de gain) durable malgré des mesures thérapeutiques (circulaire AI concernant l'invalidité et l'impotence - CIIAI, n°1007, p. 21). Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ou, à fortiori, n'en exerce pas du tout); il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA non publié du 19 août 2002, I 607/01 consid. 2. 1 et référence). Le Tribunal de céans ne voit pas en quoi l'atteinte psychique retenue chez le recourant empêcherait le recourant de mettre à profit sa capacité de travail. De plus, la Doctoresse Q_____ espère une amélioration de l'état du recourant grâce à un changement de médication. Ainsi, les possibilités que l'atteinte ne se pérennise pas grâce à de nouvelles mesures thérapeutiques plus adéquates

sont bel et bien réelles. Au vu de ce qui précède, il n'y a donc pas lieu de critiquer la décision de l'OCAI, car le recourant n'est juridiquement pas limité dans sa capacité de gain au vu de ses problèmes de santé objectivables, et ne peut donc prétendre aux mesures prévues par la LAI.

E. 9

Le recourant se plaint encore de ce que la décision en cause serait arbitraire. Une décision est arbitraire lorsqu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou lorsqu'elle contredit d'une manière choquante le sentiment de justice et d'équité. La décision doit apparaître insoutenable, en

A/2059/2007 - 12/13 - contradiction manifeste avec la situation effective, adoptée sans motifs objectifs ou en violation d'un droit certain. Il ne suffit pas que la motivation de la décision critiquée soit insoutenable; encore faut-il que celle-ci se révèle arbitraire dans son résultat. En outre, il n'y a pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution que celle adoptée par l'autorité intimée serait concevable, voire préférable (ATF 133 I 149 consid. 3.1; ATF 132 III 209 consid. 2.1; ATF 131 I 57 consid. 2; ATF 129 I 8 consid. 2.1). L'arbitraire est le dernier rempart de l'administré contre les violations grossières du droit et de l'équité (AUBERT/MAHON, Petit commentaire de la Constitution fédérale de la confédération suisse du 18 avril 1999 - Zurich-Bâle- Genève, 2003, p. 93, n°4 ad art. 9 Cst). Il s'agit essentiellement de la constatation d'une illégalité qualifiée, venant sanctionner l'administration qui a fort mal interprété et appliqué la loi (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II-les droits fondamentaux - Berne, 2006, p. 535, n° 1141). La décision litigieuse a été prise par l'OCAI, après avoir instruit le dossier en recueillant les avis de médecins ayant suivi le recourant. Des avis médicaux ont également été sollicités auprès de SMR Léman. Après avoir apprécié les différents éléments du dossier, l'OCAI a pris une décision motivée en fait et en droit. La motivation, basée exclusivement sur des éléments du dossier, ne frappe pas par son caractère insoutenable, pas plus que par son résultat. D'ailleurs, le recourant conteste que l'OCAI fonde sa décision sur des rapports médicaux dépassés sans avoir requis une expertise psychiatrique. Ainsi, il se plaint d'une mauvaise appréciation des preuves, donc d'une question de légalité, et c'est sous cet angle que le Tribunal de céans a jugé la présente cause.

E. 10

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), 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'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 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). Le recourant succombant dans ses conclusions, il convient de mettre à sa charge un émolument de 200 fr.

A/2059/2007 - 13/13 -