

GE_GERICHTE ATAS/330/2008 vom 19. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_330_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/330/2008 du 19 mars 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/330/2008 del 19 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) 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

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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

A/2407/2007 - 8/12 -

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et par conséquent sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2002). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 6

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

A/2407/2007 - 9/12 - pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 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 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). Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/2407/2007 - 10/12 -

E. 7

En l'espèce, le recourant présente plusieurs atteintes à la santé. Selon le Dr A _____, suite à l'accident, une impotence fonctionnelle de l'épaule droite s'est installée, avec de fortes douleurs, ainsi que des symptômes lombaires et un état de stress post-traumatique, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 17 juillet 2003. L'état de santé du recourant s'est aggravé depuis octobre 2004, sur le plan psychique, ce qui a nécessité une prise en charge spécialisée, notamment sous forme d'une psychothérapie. Le médecin traitant décrit notamment une émotivité toujours importante, avec crises de larmes et d'angoisse, un état anxio-dépressif, des troubles mnésiques, un ralentissement psychomoteur, une tendance aux oublis et des signes d'encéphalopathie vasculaire. Le Dr B _____ mentionne dans son rapport du 28 juillet 2004 qu'une paralysie faciale droite survenue en 1996 a causé des troubles anxieux majeurs, réactionnels, dont le patient a seulement partiellement récupéré. Le patient, qui n'a toujours pas fait le deuil de son visage, présente une irritabilité et une labilité émotionnelle. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, mais préconisait un suivi thérapeutique et médicamenteux pour l'état thymique. Un examen neuropsychologique effectué le 17 juin 2004 par Monsieur Q _____, psychologue FSP, a mis en évidence un discret ralentissement, une tendance aux persévérations et un déficit modéré. Le tableau était évocateur d'une discrète souffrance sous-cortico-frontale, dont l'origine restait à déterminer. Quant à la Dresse C _____, dans son rapport du 11 décembre 2006, elle a posé le diagnostic de dysthymie existant depuis plusieurs années, éventuellement réactionnels à la paralysie faciale de 1996, entraînant une incapacité de travail de 100 %. Puis, le 23 mars 2007, elle a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé en été 2006 avec une récurrence des états dépressifs et une anxiété généralisée depuis le refus de prise en charge par l'AI. L'état de santé général évolue négativement et la dépression devient de plus en plus chronique. Sur le plan somatique, le SMR considère qu'en raison des pathologies dont souffre le recourant, l'activité habituelle ne peut être exercée à plus de 75 %, alors que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %. Cette appréciation est contestée par le Dr F _____ qui relève lors de son examen une nette limitation en abduction, un conflit sous acromial ainsi que des signes d'inflammation des tendons de la coiffe des rotateurs. En outre, il mentionne une nouvelle affection, diagnostiquée en septembre 2006, la maladie de Forestier. Il estime que les médecins du SMR n'ont pas tenu compte de l'état de santé actuel du patient et ont sous-estimé les limitations. De son point de vue, l'activité habituelle de préparateur en

voiture n'est plus possible, au regard des limitations fonctionnelles. Enfin, du point de vue psychiatrique, les conclusions du SMR sont en contradiction avec celles émises par les Dr B_____, C_____ ainsi que par le psychologue.

A/2407/2007 - 11/12 - Le Tribunal de céans constate qu'en l'occurrence, tant les diagnostics que les appréciations des médecins du SMR divergent des autres praticiens. L'intimé n'a par ailleurs pas investigué les problèmes neuropsychologiques que présentent le recourant, pas plus que l'aggravation de l'état de santé pourtant alléguée par le recourant et attesté par des médecins avant la décision. En l'état actuel du dossier, le Tribunal n'est pas à même de se forger une opinion. Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise somatique et neuropsychologique, puis rende une nouvelle décision.

E. 8

Le recours sera en conséquence partiellement admis. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité, fixée en l'espèce à 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé.

A/2407/2007 - 12/12 -

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