

GE_GERICHTE ATAS/386/2009 vom 31. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_386_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/386/2009 du 31 mars 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/386/2009 del 31 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du

E. 6

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 en effet 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 256 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 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. À cet égard, il convient 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 351 consid. 3). 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Enfin, 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

A/2546/2008 - 18/24 - 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 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

En l'espèce, si tous les médecins consultés s'accordent à considérer que, sur le plan somatique, le recourant jouit d'une pleine capacité de travail, les avis médicaux des docteurs T_____, du COMAI, V_____, du SMR, L_____ et U_____, médecins traitants, ainsi que du SMR, diffèrent quelque peu quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent en ce qui concerne les troubles psychiatriques diagnostiqués, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs. Au vu des principes qui viennent d'être rappelés, force est de constater que seuls les rapports d'expertise, établis par les docteurs T_____ et V_____ les 3 décembre 2004 et 28 janvier 2008 respectivement, dressent un bilan complet des troubles psychiques éprouvés par le recourant. Les experts ont procédé à des examens détaillés, ils ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant et établi leurs rapports en pleine connaissance de l'anamnèse. Enfin, la description des interférences médicales, somatiques et psychiques, est claire et leurs conclusions sont motivées à satisfaction de droit. En revanche, les avis médicaux des docteurs L_____ et U_____ n'offrent pas toutes les garanties qui viennent d'être évoquées. En particulier, le docteur L_____ ne satisfait pas à la condition jurisprudentielle de la nécessaire spécialisation en psychiatrie et il est, depuis 2001, le médecin traitant du recourant. D'autre part, les avis médicaux du docteur U_____, comme ses déclarations en audience, sont basés, tout au plus, sur une anamnèse succincte et ils ne laissent en rien apparaître en quoi ont consisté les examens entrepris, de sorte que leur motivation n'apparaît pas suffisante. Partant, en cas de contradiction entre les divers avis médicaux exprimés, il conviendra de faire prévaloir les expertises pluridisciplinaires précitées, auxquelles il sied d'accorder pleine valeur probante.

E. 8

Cela dit, il sied à présent, conformément aux principes rappelés au considérant 5 ci-dessus, de répondre à la question de savoir si, au moment de la décision de révision par l'administration, le 6 juin 2008, l'atteinte à la santé du recourant était ou non surmontable objectivement. À cet égard, force est de constater que les raisons qui avaient prévalu, en 2005, pour admettre son incapacité totale de gain étaient sensiblement moins pertinentes en 2008. Le tableau clinique présenté à l'époque par le recourant correspondait en effet à un épisode dépressif sévère, jugé en soi suffisant pour justifier une incapacité totale de travailler. Aux dires de l'expert, il souffrait d'une pathologie psychiatrique qui représentait un danger vital à court ou moyen terme, raison pour

A/2546/2008 - 19/24 - laquelle une prise en charge psychopharmacologique et psychiatrique était nécessaire dans l'immédiat. En 2008, si le projet d'avenir et le voyage au Portugal en 2007, indices présentés par le SMR comme illustrant une nette amélioration de l'état de santé psychique du recourant, n'ont pas été établis, il n'en demeure pas moins que celui-ci a fait état, en octobre 2006, d'une amélioration sensible, rendue possible par la médication prescrite par le docteur L_____. Il apparaît en outre qu'en 2008, l'urgence d'une prise en charge psychopharmacologique et psychiatrique avait pratiquement disparu, comme le montre le fait que l'intéressé s'était abstenu de consulter le docteur

U _____, son psychiatre traitant, du 11 juillet 2005 au mois d'octobre 2006. À cet égard, il y a lieu de constater que les consultations psychiatriques ont été interrompues le jour même où le docteur U _____ attestait que la psychothérapie devait se poursuivre parallèlement aux soins et à la prescription médicamenteuse du docteur L _____. De même, il y a lieu d'observer que les consultations ont repris peu après le début de la procédure de révision, quand il est apparu que l'intéressé n'était plus au bénéfice des soins psychothérapeutiques qui avaient justifié, de manière décisive, l'intervention de l'assurance-invalidité en 2005. S'agissant des troubles somatoformes douloureux, évoqués pour la première fois par le docteur P _____ en juillet 2002 et diagnostiqués par les psychiatres consultés, il sied de relever la présence incontestable d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une amélioration lente et progressive ayant cependant été observée ou n'étant pas exclue. En revanche, force est de constater l'absence de perte d'intégration sociale de l'intéressé dans toutes les manifestations de sa vie ; il entretient des relations en nombre certes limité, mais susceptibles de lui procurer attention et soutien, et les plaintes qu'il formule au sujet de l'éloignement de ses amis ne suffisent pas pour conclure à un isolement pathologique. De même, l'intermittence des soins psychothérapeutiques auxquels le recourant et son psychiatre traitant se sont livrés, et dont il a déjà été question, commande d'écarter l'existence d'un état psychique cristallisé ; rien ne permet en effet, dans ces conditions, de conclure à l'échec de différents types traitements, ambulatoires ou stationnaires, conformes au règle de l'art. À cela s'ajoute le caractère démonstratif des douleurs éprouvées par le recourant, que n'ont pas manqué de relever tous les médecins consultés, et les réticences qu'il a toujours opposées en situation d'examen médical. Pour le surplus, il n'a pas été établi que les troubles dysthymiques ou, plus généralement, les troubles dépressifs, ou encore les troubles de la personnalité diagnostiqués constituent, dans le cas du recourant, une comorbidité psychiatrique grave, aiguë et durable. À cet égard, il y a lieu de relever que, de l'avis des médecins du SMR, la présence d'un trouble dysthymique exclut la présence d'un trouble dépressif récurrent et réciproquement, de sorte que l'avis du docteur U _____ présentait, d'un point de vue diagnostique, une impossibilité.

A/2546/2008 - 20/24 - L'extrait de doctrine médicale produit par le recourant n'est pas propre à remettre en cause cette appréciation. Il n'a en effet nullement été établi que la perturbation thymique diagnostiquée ait été précédée d'un épisode dépressif majeur ; il apparaît au contraire que les médecins psychiatres s'accordaient, selon les avis médicaux établis à l'époque, à considérer que le trouble dysthymique et le trouble dépressif s'étaient tous deux manifestés au cours de l'année 2002. Il apparaît donc que l'on ne saurait conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante, par sa gravité ou son acuité, pour admettre que le recourant ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et s'efforcer de réintégrer un processus de travail. Il découle de là que la présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent, dans le cas d'espèce, être objectivement surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'a pas été renversée et que, partant, ils ne constituent pas une invalidité au sens des dispositions légales applicables. Reste donc à déterminer le taux d'invalidité du recourant au regard des troubles qui ont une influence sur sa capacité de gain, c'est-à-dire en tenant compte des limitations fonctionnelles qui l'affligent.

E. 9

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI (dont le contenu est le même que celui de l'ancien art. 28 al. 1er LAI [aLAI]) dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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'art. 28a al. 1er LAI (voir aussi l'art. 28 al. 2 aLAI) dispose que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant (ou ayant exercé) une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. En vertu de l'art. 29 al. 1er aLAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins

A/2546/2008 - 21/24 - (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le TF a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121, consid. 3.2), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

En l'espèce, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'732 fr. par mois en 2006 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'814 fr. 20 en 2007 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2006 : 2'014 ; indice 2007 : 2'049). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre le handicap et les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire

A/2546/2008 - 22/24 - inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 et 2007 (41.7 heures), un revenu de 4'933 fr. 10 par mois ($4'732 \times 41.7 \div 40$), ou 59'197 fr. 20 par année en 2006 ($4'933.10 \times 12$), et de 5'018 fr. 80 par mois ($4'814.20 \times 41.7 \div 40$), ou 60'225 fr. 60 par année en 2007 ($5'018.80 \times 12$). La pratique montre que le salaire moyen des travailleurs étrangers affectés à des tâches simples et répétitives peut être, de ce fait, supérieur à la moyenne (cf. ATFA non publiés des 30 août 1999, I 193/99, 30 mars 1999, I 140/97, et 6 octobre 1998, I 39/98), de sorte que l'on ne saurait considérer que le recourant est nécessairement désavantagé par sa nationalité portugaise. D'autre part, âgé de quarante-huit ans au moment de la révision de la décision querellée, il peut certes faire valoir des années d'expérience, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il exerçait une activité spécialisée qui est désormais proscrite, et que l'éventail des travaux légers qu'il peut réaliser, un peu moins large que celui d'un travailleur parfaitement apte au travail, a pour conséquence qu'il doit, de ce fait, vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). Enfin, mis à part les troubles somatiques diagnostiqués, le recourant est en bonne santé, et sa capacité de travail est, aux dires des médecins consultés, entière pour autant que l'activité déployée soit adaptée aux limitations constatées, de sorte qu'il n'aurait pas à subir les conséquences, pour les hommes, de l'exercice d'une profession à temps partiel. Partant, il se justifie de considérer que le recourant était en mesure d'exploiter pleinement sa capacité résiduelle de travail, avec toutefois des chances de gain inférieures de 10% à la moyenne au regard des circonstances qui lui sont particulières. Il convient par conséquent de retenir qu'il était en mesure de générer un revenu d'invalidé de 54'203 fr. jusqu'à fin 2007 (90% de 60'225.60). Selon l'attestation du 11 juillet 2003 de son ancien employeur, le recourant aurait pu, sans invalidité, prétendre au versement d'un salaire annuel brut de 68'250 fr. en 2003 ($5'250 \times 13$). En raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2003 : 1'958 ; indice 2007 : 2'049), il aurait pu prétendre, en 2007, au versement d'un salaire annuel brut de 71'422 fr. Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés pour l'année 2007, un taux d'invalidité de 24.10% ($[(71'422 - 54'203) \div 71'422 \times 100]$), arrondi à 24%. Ce taux ne donne pas droit au versement d'une rente d'invalidité. L'amélioration de l'état de santé du recourant ayant été admise dès le mois de juin 2007, son droit au versement d'une rente s'est éteint à fin septembre 2007. La décision de suppression des prestations du 6 juin 2008 est donc fondée. Le recours devra par conséquent être rejeté.

E. 11

Pour le surplus, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant en application de l'art. 69 al. 1bis LAI, qui prévoit que, en dérogation à l'art. 61 let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le

A/2546/2008 - 23/24 - refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, le montant des frais étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 fr.

A/2546/2008 - 24/24 -

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