

# **GE\_GERICHTE ATAS/387/2009 vom 31. März 2009**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_387\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_387_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/387/2009 du 31 mars 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/387/2009 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 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 (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 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). D'autre part, 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

A/2374/2008 - 14/20 - l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En l'espèce, les avis médicaux des docteurs A\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ainsi que du SMR, diffèrent quelque peu quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, 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 seul le rapport d'expertise établi par le docteur G\_\_\_\_\_ le 6 mars 2008 dresse un bilan complet des troubles éprouvés par la recourante. Les suites de l'accident du mois d'avril 2000, les arthralgies et gonalgies bilatérales, les hallux valgus et discopathies diagnostiqués ultérieurement, ainsi que les suites thérapeutiques et chirurgicales des traitements prescrits ont fait l'objet d'une étude exhaustive. L'expert a procédé à des examens somatiques complets sur la base de ses propres observations et du dossier radiologique notamment, il a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, et il a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. Enfin, la description des interférences médicales est claire et ses conclusions sont motivées à satisfaction de droit. Les rapports médicaux établis par le docteur A\_\_\_\_\_ au printemps 2005 sont, de l'avis même que ce praticien a formulé à l'audience du 17 février 2009, essentiellement limités aux suites de l'intervention chirurgicale qu'il avait pratiquée en janvier 2003. Les diagnostics et les interférences médicales y sont donc sommairement exposés, et l'évaluation du cas a été largement fondée sur le dossier constitué par ses soins. Tout aussi sommaire, le rapport médical qu'il a dressé en novembre 2007 l'a en revanche été sur la base d'examens pratiqués sur la personne même de l'intéressée. De même, les avis médicaux du SMR et des docteurs B\_\_\_\_\_, médecin traitant jusqu'en 2006, D\_\_\_\_\_, médecin traitant depuis lors, et C\_\_\_\_\_ n'offrent pas toutes les garanties qui viennent d'être évoquées, de sorte qu'en cas de contradiction entre les avis médicaux exprimés, il conviendra de faire prévaloir l'expertise du docteur G\_\_\_\_\_, à laquelle il sied d'accorder pleine valeur probante.

## **E. 7**

S'agissant plus particulièrement de l'examen de la question de savoir dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail dans son domaine d'activité (art. 7 et 16 LPG), le TFA a eu l'occasion de préciser qu'on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut

A/2374/2008 - 15/20 - être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, publié in VSI 1998, p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois

difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246 consid. 1). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse (60 ans étant un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé selon un ATF non publié du 12 juin 1997, U 218/96), il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF du 6 décembre 2007, I 1034/06, consid. 3.3.3 et les références).

#### **E. 8**

En l'espèce, les enquêtes ont permis d'établir que, suite à l'intervention chirurgicale pratiquée le 31 janvier 2003 par le docteur A\_\_\_\_\_, la recourante s'était, sur le plan théorique, trouvée en incapacité totale de travailler dans quelque domaine que ce soit pendant six mois. Par la suite, soit en mars 2004, une gonarthrose gauche s'était développée, puis une discopathie et des hallux valgus notamment, qui avaient entraîné une aggravation de son état de santé dès le mois de novembre suivant. Une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avait en outre été diagnostiquée en mars 2005. De l'avis unanime des médecins cependant, une activité adaptée, exercée à mi-temps, était alors exigible d'elle sur le plan théorique. Puis, de l'avis du docteur C\_\_\_\_\_, la recourante s'était à nouveau trouvée en incapacité totale de travailler, dans quelque domaine que ce soit, ensuite de l'intervention chirurgicale du 12 janvier 2006, et cela pendant trois mois ; la convalescence avait cependant, aux dires du docteur F\_\_\_\_\_ et de l'époux de la recourante, duré une année environ. Pour le docteur A\_\_\_\_\_, si les suites

A/2374/2008 - 16/20 - du traitement des hallux valgus ne pouvait être handicapantes que ponctuellement, l'incapacité de travail de la recourante était, du fait des limitations rencontrées au niveau des membres supérieurs et de son âge, totale depuis l'automne 2006. Ce point de vue est corroboré par le docteur D\_\_\_\_\_, pour qui les troubles dépressifs récurrents qui avaient entraîné un séjour à la Clinique de Montana du 29 janvier au 17 février 2007 ne devaient pas être négligés non plus. Pour sa part, le docteur G\_\_\_\_\_, qui ne retient ni les hallux valgus ni les troubles dépressifs au nombre des diagnostics qui avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante, et dont le point de vue est, sur le plan théorique, confirmé par le docteur A\_\_\_\_\_, une activité à mi-temps était exigible dès le mois de mars 2005. Au vu de ce qui précède, il convient donc de retenir que la recourante était incapable d'exercer une quelconque activité avant le mois de mars 2005, puis du

#### **E. 11**

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le

refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 500 fr., sera mis à la charge de l'intimé, qui succombe. Par ailleurs, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Il sera, en l'espèce, arrêté à 2'750 fr.

A/2374/2008 - 20/20 -

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