

GE_GERICHTE ATAS/432/2008 vom 14. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_432_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/432/2008 du 14 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/432/2008 del 14 aprile 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 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. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 13 avril 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

- 9/16 -

A/1883/2006

E. 3

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 et 38 [calcul et suspension des délais] LPGA).

E. 4

a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance- invalidité.
b) 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance- invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité.

- 10/16 -

A/1883/2006 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 4ème 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). 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 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du

18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

c) 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 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 ainsi 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, a fortiori judiciaire, 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

- 11/16 -

A/1883/2006 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). 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, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En effet, si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. Ainsi, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid.

3, ATFA non publié du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 4a).

E. 5

En l'occurrence se trouvent au dossier une expertise orthopédique du Dr N_____ du

E. 9

mars 2004, selon laquelle le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne nécessitant pas d'exercice en force au niveau des avant-bras, sans diminution de rendement. Cet expert a cependant préconisé l'ordonnance d'une expertise psychiatrique, qui a été conduite par le Dr O_____, psychiatre, en septembre 2004. Cet expert a conclu à une complète capacité de travail au plan psychique, bien qu'il ait diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne. Lors de la procédure devant le Tribunal de céans, le recourant a transmis un rapport de la Consultation de la mémoire des HUG, selon lequel il présentait une sévère problématique anxio-dépressive. Les troubles cognitifs se seraient aggravés depuis décembre 2005. Ayant rendu plausible une éventuelle aggravation de son état de santé avant la date de la décision sur opposition de l'intimé, du 13 avril 2006, le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr P_____. Dans un premier rapport d'expertise du 2 octobre 2007, cet expert diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère sans symptôme psychotique. Il estime que la capacité de travail est nulle au plan psychique. Dans un complément d'expertise, établi à la demande du Tribunal, le Dr P_____ nuance son diagnostic et indique que l'expertisé présente un trouble de l'humeur, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Dans ses conclusions, il explique que l'assuré présente une dépression modérée dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Il constate une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005, mais il n'est pas à

- 12/16 -

A/1883/2006 même de déterminer précisément depuis quelle date la capacité de travail a diminué et depuis quelle date elle est nulle.

S'agissant des expertises des Dr N_____ et O_____, il convient de constater qu'elles ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Elles sont en effet complètes, prennent en considération les plaintes du recourant, comportent une anamnèse détaillée, posent des diagnostics précis et leurs conclusions sont motivées. Leurs conclusions, convaincantes, doivent désormais être suivies.

Quant à l'expertise du Dr P_____ et à son complément, il convient de relever qu'ils sont très détaillés, comportent une anamnèse, décrivent précisément la situation que vit l'expertisé et tiennent compte de ses plaintes. Cependant, le diagnostic posé manque de précision, puisque le Dr P_____ diagnostique en début du complément d'expertise une dépression moyenne, sans syndrome somatique, tout en précisant qu'il y a une discordance entre les troubles rapportés et l'état clinique observé. Dans ses conclusions, cet expert n'évoque toutefois qu'une dépression modérée, qui selon lui entraîne une entière incapacité de travail. Il précise que la gravité de la dépression serait en lien avec l'inactivité de l'assuré et à son manque de désir de se prendre en charge. Le Tribunal de céans en tire la conclusion que l'expert ne parvient pas à se déterminer sur un diagnostic précis - dépression moyenne ou dépression modérée -. Ce manque de précision ne saurait cependant dénuer ladite expertise de toute valeur probante et le Tribunal constate par conséquent que malgré le

diagnostic imprécis posé, elle conserve toute sa valeur probante, au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Dans le cadre de cette expertise, se pose toutefois la question de l'exigibilité d'une activité lucrative malgré l'incapacité de travail, car l'on peut se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de la capacité de travail peut être raisonnablement exigée du recourant. Il est rappelé que la jurisprudence fédérale ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré peut empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Cette question pourra cependant rester ouverte, comme on le verra ci-après.

En effet, 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

L'OCAI a rendu sa décision sur opposition en date du 13 avril 2006. Le Tribunal de céans doit par conséquent examiner les faits, soit singulièrement l'état de santé du recourant jusqu'à cette date.

À la date de l'expertise du Dr O _____, rendue le 3 février 2005, le recourant présente une capacité de travail complète. Il y a par conséquent lieu de déterminer si son état de santé s'est aggravé, de février 2005 à avril 2006.

Le Dr P _____ n'a pas pu déterminer la date à laquelle l'état de santé s'est aggravé et la date à laquelle la capacité de travail est devenue nulle, selon lui, en raison des éléments

- 13/16 -

A/1883/2006 anamnétiques peu fiables. Dès lors, ne restent pour déterminer la date à laquelle l'état de santé s'est aggravé que les éléments factuels du dossier.

Le rapport de la Consultation de la mémoire du 5 juillet 2006 fait état d'une sévère problématique anxio-dépressive avec des troubles cognitifs qui se seraient aggravés depuis décembre 2005. Les médecins de la Consultation ne se prononcent cependant pas sur la capacité de travail du recourant. Il est ensuite établi que l'assuré a été hospitalisé à BELLE-IDEE du 17 juillet au 30 août 2006, pour un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Du 31 août au 29 septembre 2006, l'assuré a été pris en charge par le CTB, toujours pour un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Si ni les médecins de BELLE-IDEE, ni ceux du CTB ne se prononcent sur la capacité de travail du recourant, l'on peut tenir pour établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis, qu'à l'époque de son hospitalisation à la clinique psychiatrique, son état dépressif sévère entraînait une incapacité totale de travail. Avant cette date, il n'est pas possible de déterminer avec un degré de vraisemblance prépondérante la gravité du trouble et son influence sur la capacité de travail de l'expertisé.

Il convient ainsi de constater que c'est à partir du 17 juillet 2006 que l'état de santé s'est considérablement aggravé. Point n'est cependant ici besoin de déterminer si cette aggravation rendait la capacité de travail nulle, puisqu'elle s'est produite à une date postérieure à celle de la décision sur opposition d'avril 2006.

Dès lors, il y a lieu de constater que jusqu'au 13 avril 2006, le recourant présente une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles (pas d'exercice en force au niveau des avant-bras). 6. Afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

- 14/16 -

A/1883/2006 Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. 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 76 consid. 3b/aa et bb). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale 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 78 consid. 5). La notion du marché équilibré du travail (art. 16 LPGA) est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. 7. Selon un questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 2002, le recourant aurait gagné en 2002 39'600 fr., soit 3'300 fr. par mois. Le

médecin traitant, le Dr L_____, a attesté dans un rapport du 12 décembre 2002 que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée. Dès lors, le droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, issu de la comparaison des revenus, s'ouvre à partir de l'année 2002, qui sera donc l'année de référence pour la comparaison des revenus.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir soit à 54'684 fr. à plein temps en 2002. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002, ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05 (54'684 : 40 x 41,7; La Vie économique 3-2008, Tableau B9.2) Enfin, compte tenu d'une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé s'élève à

- 15/16 -

A/1883/2006 48'456 fr. 85, ce qui correspond à un revenu supérieur à celui qu'il obtenait, sans invalidité, en qualité d'ouvrier agricole. 8. Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'il n'existe pas de degré d'invalidité pouvant fonder le droit à une rente et que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

- 16/16 -

A/1883/2006

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