

GE_GERICHTE ATAS/551/2009 vom 12. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_551_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/551/2009 du 12 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/551/2009 del 12 maggio 2009

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'article 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue en date du 7 juin 2007 et le droit éventuel à une rente débute au plus tôt au mois de septembre 2004. La LPGA et les modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (4ème révision), sont dès lors applicables.

E. 3

La décision sur laquelle porte le recours est parvenue à l'assuré en date du 19 juillet 2007, de sorte que le délai de recours arrive à échéance en date du 14 septembre 2007 (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b p.a. LPGA). Le présent recours a ainsi été interjeté dans le délai légal et respecte également les exigences de forme (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

A/3416/2007 - 8/15 -

E. 5

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA)

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 qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 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. 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 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). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

A/3416/2007 - 9/15 - 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). Le simple fait qu'un

certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance- invalidité (ATF 125 V 351 ; ATF du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

Le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

A/3416/2007 - 10/15 - 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 8

En l'espèce, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, aux termes de laquelle ont été retenus les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le mois de septembre 2003, d'ostéopénie d'origine indéterminée, traitée (M80.5), de discrètes atteintes dégénératives rachidiennes discopathiques cervico-lombaires banales sans répercussion radiculaire ni myélopathique actuelle (M47.8), de status après ablation d'un polype banal digestif, de PSH (périarthrite scapulo-humérale) modérée bilatérale, de status après cures de varices, de status après bursectomie du genou droit et de prostatisme modéré sur adénome stable

(depuis 2004). Aucun des diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont considéré que l'assuré ne présentait ni diminution de rendement ni limitation fonctionnelle tant sur le plan physique que psychiatrique. Il était capable, d'après eux, de supporter les horaires irréguliers de la profession de boulanger, n'ayant aucune plainte concernant son sommeil. La capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité précédemment exercée. Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise se fonde tout d'abord sur une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et médicale et sur les plaintes tant physiques que psychiques de l'assuré. Un examen clinique portant sur ses affections somatiques et psychiques a été effectué et les experts ont exposé leurs constatations objectives. Suite à une synthèse du cas, ils ont posé des diagnostics clairs et ont conclu de manière convaincante. Les experts ont, en effet, expliqué les raisons qui les conduisaient tant sur le plan somatique que psychique à conclure que l'assuré ne présentait ni d'incapacité de travail dans sa profession antérieure, ni de diminution de rendement ou de limitation fonctionnelle et ont exposé les conséquences de sa personnalité rigide. Les conclusions cohérentes de l'expertise n'apparaissent du reste pas en contradiction avec les constatations objectives et subjectives et le rapport ne contient pas d'indice permettant de mettre en cause leur bien-fondé. Ce rapport d'expertise revêt ainsi a priori pleine valeur probante.

A/3416/2007 - 11/15 -

E. 9

Il y a lieu d'examiner si les rapports des médecins traitants ou l'expertise du Dr Q _____ sont propres à mettre en doute la valeur probante de cette expertise. 9.a. A cet égard, il sera rappelé que, 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. 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 les références). 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). En l'espèce, cependant, les rapports produits par l'assuré dans le cadre de la procédure de recours sont dans l'ensemble à prendre en considération, en tant qu'ils portent sur des faits existants au moment de la décision litigieuse, une réserve étant faite en ce qui concerne le rapport du Dr L _____ du 15 janvier 2009, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de juillet 2008. A cet égard, il y a lieu de signaler qu'il est loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande fondée sur ladite aggravation. 9.b. Le Dr M _____, ancien psychiatre traitant, n'a pas établi de rapport suffisamment précis et complet permettant d'établir avec exactitude l'état de santé psychique de l'assuré. En outre, le Dr P _____, nouveau psychiatre traitant, rejoint l'avis des experts en ce sens qu'il a admis que l'état dépressif était en tous les cas devenu léger après une certaine période. Il ne s'est toutefois pas déterminé précisément sur la question de l'influence des diagnostics sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, les Drs L _____ et R _____ se basent plus sur les plaintes de l'assuré que sur des constatations objectives et posent des diagnostics liés à son état de santé psychique. Or, ces médecins ne sont pas psychiatres, mais respectivement spécialistes en endocrinologie, médecine interne et maladies rhumatismales, de sorte que leurs rapports ne sauraient avoir

le même poids en ce qui concerne l'état de santé psychique de l'assuré que celui d'un spécialiste. Le Tribunal de céans doit ainsi constater qu'aucun des rapports des médecins traitants de l'assuré ne permet de remettre valablement en cause la valeur probante du rapport d'expertise. 9.c. Au vu de ce qui vient d'être exposé, il apparaît qu'une mesure d'instruction supplémentaire, telle que l'audition des médecins traitants n'est pas nécessaire, attendu que l'expertise bidisciplinaire a porté sur tous les points litigieux et que ses conclusions sont motivées et cohérentes.

A/3416/2007 - 12/15 - 9.d. Le Dr Q_____, expert mandaté par l'assuré, a, quant à lui, principalement posé le diagnostic d'épisode dépressif léger ne conduisant pas à une incapacité de travail et a ainsi considéré que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans la profession précédemment exercée. Il a conclu que son appréciation était proche de celle des experts COMAI. Cependant, son rapport diverge essentiellement de la leur en ce qu'il a retenu une diminution de rendement de 20 à 30% due à une fatigabilité et à une lenteur liée à l'état dépressif ainsi qu'aux caractéristiques pathologiques de sa personnalité. Il préconisait également des horaires réguliers et une réduction des interactions avec autrui. Le Tribunal constate que la lenteur de l'assuré, sur laquelle le Dr Q_____ se fonde pour retenir une diminution de rendement, a uniquement été alléguée par l'assuré et n'a pas été constatée par l'expert en entretien, ce que ce dernier a explicitement exposé dans son rapport. Ainsi, ce rapport, contenant une conclusion basée uniquement sur les plaintes de l'assuré et non sur les constatations objectives de l'expert, ne saurait être propre à mettre en doute les conclusions du rapport clair et complet des experts COMAI. 9.e. Le rapport d'expertise COMAI présente ainsi pleine valeur probante, de sorte qu'il apparaît que la capacité de travail de l'assuré est entière dans l'activité précédemment exercée de boulanger.

E. 10

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05).

E. 11

En l'espèce, l'assuré présente une entière capacité de travail dans sa profession antérieure, de sorte que son degré d'invalidité est nul.

E. 12

Le Tribunal de céans relève enfin que l'assuré cite, dans ses écritures du 23 octobre 2008, une jurisprudence du Tribunal fédéral tendant à déterminer dans quelle mesure il peut être exigé d'un assuré présentant un certain taux d'invalidité qu'il exerce une activité lucrative sur un marché du travail équilibré et permettant d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite. (cf. not. arrêts 9C_437/2008 du 19 mars 2009, 9C_612_2007 du 14 juillet 2008 ou I 1034/06 du 6 décembre 2007) Il doit cependant être constaté que cette jurisprudence ne saurait s'appliquer dans le cas d'espèce, attendu qu'il a précédemment été établi que l'assuré, bien que proche de l'âge de la retraite, était capable d'exercer sa précédente activité de boulanger et que son degré d'invalidité était nul.

E. 13

Par conséquent, la décision de l'OCAI concernant le refus de rente d'invalidité sera confirmée.

A/3416/2007 - 13/15 -

E. 14

Reste à se prononcer sur le refus de l'OCAI de mettre l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation, sous la forme de mesures d'ordre professionnel.

E. 15

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

E. 16

Dans le cas présent, attendu qu'il a été établi que l'assuré était, en tout état de cause, susceptible d'exercer sa profession antérieure de boulanger, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ou d'orientation professionnelle ne saurait être envisagée. La décision de l'OCAI sera ainsi également confirmée sur ce point.

A/3416/2007 - 14/15 -

E. 17

Pour ce qui est d'une éventuelle aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, celle-ci pourra toujours être sollicitée par l'assuré directement auprès de l'OCAI, s'il fait preuve d'intérêt pour une telle prestation.

A/3416/2007 - 15/15 -

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