

# **GE\_GERICHTE ATAS/556/2011 vom 30. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_556\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_556_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/556/2011 du 30 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/556/2011 del 30 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). b) Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). b) Les deux décisions du 9 février 2009, envoyées par l'OAI sous pli simple, ont été reçues en l'étude du mandataire du recourant en date du 10 février 2009. Par conséquent, les recours interjetés les 9 et 10 mars 2009 en la forme prescrite sont recevables (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA).

A/803/2009 - 18/28 -

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à un reclassement professionnel, voire à une rente d'invalidité.

### **E. 4**

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). a) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. 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 minimales, 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). b) Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111; ATF I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.1; ATF I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2).

## **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. a) 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'assurée sur le marché du travail équilibré, si cette

A/803/2009 - 19/28 - 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). c) En ce qui concerne la preuve, 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 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). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle

A/803/2009 - 20/28 - 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 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_4/2009 du 20 novembre 2009, consid. 2.2). d) Selon le Tribunal fédéral, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une

A/803/2009 - 21/28 - capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Les 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 et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA I 762/02 du

## **E. 6**

En l'espèce, l'OAI a retenu que l'invalidité du recourant était de 27%, soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité, en se référant à l'expertise rhumatologique du Dr Q \_\_\_\_\_ du 9 juin 2008 et au rapport d'examen psychiatrique du Dr R \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2008. De son côté, le recourant conteste les conclusions de ces rapports et estime que sa capacité résiduelle de travail est de 46%, en se référant à l'avis des Dr O \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_. Tous les médecins consultés s'accordent à retenir que l'incapacité de travail du recourant dans son activité d'aide-soignant est totale. En revanche, se pose la question de la détermination de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du point de vue rhumatologique, il ressort du rapport d'expertise du Dr Q \_\_\_\_\_ du 9 juin 2008 qu'après avoir exposé les anamnèses médicale, systématique, familiale et les plaintes de l'assuré, ont été posés les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane, depuis 2006 (M51.1) et de cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit en C6-C7, depuis 2006 (M50.3). Le Dr Q \_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan somatique, l'assuré portait, constamment, une minerve et une ceinture lombaire et qu'il montait les escaliers en faisant des mouvements non coordonnés et exagérés, et que l'examen clinique avait été «ininterprétable» pour le motif que l'assuré avait retenu tous les mouvements, alors que, lorsque sa concentration ne portait pas sur son problème physique, il bougeait parfaitement normalement, sans aucune douleur, que ses plaintes ne correspondaient pas à une atteinte neurologique ou rhumatologique précise, qu'il n'y avait pas de syndrome radiculaire ou de diminution de la force des quatre membres pouvant être mis sur le compte du canal cervical étroit et de la hernie discale L4-L5, que la façon de marcher et de monter les escaliers démontraient plutôt le contraire soit une utilisation importante de la force

A/803/2009 - 22/28 - des quatre membres, que l'examen des articulations et leur palpation permettait d'écartier une maladie inflammatoire telle une polyarthrite rhumatoïde, une

spondylarthrite ankylosante ou une collagénose et que la recherche de points douloureux signant une fibromyalgie était négative. Étonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail, l'expert a indiqué que, d'un point de vue somatique, il ne pouvait pas expliquer l'état général du patient. Il a dès lors été obligé d'évoquer une majoration des symptômes d'origine psychologique, ou un syndrome somatoforme douloureux ou une simulation, mais, n'étant pas psychiatre, il a estimé que l'avis d'un expert psychiatre était donc nécessaire. S'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, l'expert a retenu que ce dernier ne devait ni soulever, ni porter des charges de plus de 10 kilos et devait éviter les positions en flexion du rachis, éviter la station debout prolongée (pas plus de 45 minutes) et pouvoir changer régulièrement de position (toutes les 45 minutes). Il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler comme aide-soignant mais qu'en revanche, en respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 20%. Lors de son audition, le Dr Q\_\_\_\_\_ a écarté l'apparente contradiction de son rapport en tant qu'il retenait d'un côté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignant et de l'autre une capacité de travail entière dans cette profession en tenant compte des limitations fonctionnelles. En effet, il a déclaré que le recourant lui avait indiqué que son cahier des charges pourrait être modifié et tenir ainsi compte de ces restrictions. Si son cahier des charges d'aide-soignant ne devait pas être modifié, l'incapacité de travail serait totale. En d'autres termes, la capacité de travail du recourant serait totale dans une activité adaptée. S'agissant des problèmes gastriques et plantaires rencontrés par le recourant, ils n'ont pas été abordés par l'expert dans la mesure où ces aspects ne lui ont pas été signalés. Cela étant, il appert que ces problèmes peuvent être résolus par la prise de médicaments et la mise en place d'un support plantaire, si bien qu'ils ne sont pas invalidants. À cet égard, lors de son audition, le Dr Q\_\_\_\_\_ a effectivement indiqué que même s'il avait eu l'information au sujet des problèmes plantaires, il n'aurait pas modifié ses conclusions. En revanche, il aurait conseillé au recourant de se faire installer un support plantaire, permettant d'éliminer cette problématique. Enfin, le grief de partialité adressé à l'égard du Dr Q\_\_\_\_\_ ne trouve aucune assise dans le dossier, si bien qu'il sera écarté. Force est donc d'admettre que le Dr Q\_\_\_\_\_ a procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, s'est fondé sur des examens complets, a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, a décrit le contexte médical et a apprécié la situation

A/803/2009 - 23/28 - médicale de manière claire, et, finalement, a pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées. En d'autres termes, le rapport d'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Une telle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée a également été retenue par les Dr O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. En effet, en février 2008, les médecins précités ont considéré que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était exigible, avec diminution de rendement. Ils n'ont toutefois pas précisé si cette capacité de travail résiduelle était totale ou partielle, ni n'ont quantifié la diminution de rendement. En mars 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a maintenu ce point de vue, en déclarant au SMR que la profession d'aide-soignant du recourant ne paraissait plus guère envisageable en raison des problèmes lombaires et cervicaux empêchant l'assuré de faire des efforts tant avec le dos qu'avec la nuque, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant son dos et la nuque, soit plutôt en position assise, sans mouvements répétitifs de la nuque, le recourant devrait pouvoir travailler normalement et qu'il paraissait utile qu'il soit en

réadaptation et éventuellement qu'il fasse un stage professionnel en vue d'une évaluation. Ce n'est que plus tard, en février 2009, que le Dr O\_\_\_\_\_ a modifié son avis, en considérant désormais que le stage professionnel effectué par l'assuré confirmait son inaptitude totale. Ce dernier avis ne remplit toutefois nullement les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante, puisque ce changement d'avis n'est pas sérieusement motivé et s'appuie uniquement sur le stage effectué auprès de l'atelier de Réadaptation Préprofessionnelle du Service de Neuro-Rééducation de X\_\_\_\_\_. S'il est vrai que l'appréciation de B\_\_\_\_\_, technicien responsable de cet atelier, diverge sensiblement de celles de l'expert, il n'en demeure pas moins qu'elle repose essentiellement sur les douleurs manifestées par le recourant lors de ce stage. Sachant que, précisément, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques a été posé à l'égard du recourant, la Chambre de céans estime que les appréciations du Dr Q\_\_\_\_\_ doivent l'emporter sur les constatations faites à l'occasion du stage précité, qui ont été influencées par les douleurs manifestées par le recourant, soit par un élément subjectif lié au comportement de ce dernier. Quant à l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, il ne contredit pas celui du Dr Q\_\_\_\_\_, dans la mesure où, comme il l'a déclaré lors de son audition, son rôle a consisté non pas à déterminer l'incapacité de travail du recourant d'une manière générale, y compris par rapport à une activité adaptée à son état de santé, mais uniquement à définir si le recourant était apte ou inapte à remplir sa fonction d'aide-soignant.

A/803/2009 - 24/28 - La Chambre de céans considère dès lors que l'avis médical, isolé, du Dr O\_\_\_\_\_ n'est pas propre à mettre en doute l'opinion et les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_. Du point de vue psychiatrique, dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du

#### **E. 10**

Il résulte de ce qui précède que les deux recours seront rejetés et les décisions attaquées confirmées.

A/803/2009 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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