

GE_GERICHTE ATAS/572/2007 vom 1. August 2006

GE Cour de justice, 2006-08-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_572_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/572/2007 du 1 août 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/572/2007 del 1 agosto 2006

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

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 4 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et 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).

E. 4

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours. La décision sur opposition du 4 mai 2006 ayant été notifié le 8 mai 2006 au recourant (cf. art. 38 al. 1 LPGA), le délai court jusqu'au 7 juin 2006. Le recours du même jour a, par conséquent, été formé en temps utile. Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 6

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 7, 8

LPGA et 4 al. 1 LAI).

A/2069/2006 - 8/17 - b) 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.

E. 8

En ce qui concerne le droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins

A/2069/2006 - 11/17 - pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

E. 9

a) Selon le principe de la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4 et les références). 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). c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

A/2069/2006 - 12/17 - d) 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). e) 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 sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions 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).

E. 10

En l'espèce, le recourant conteste le refus de rente d'invalidité, alléguant que son état de santé s'est aggravé depuis son accident du 3 février 2001, ce qui ne lui permet plus de travailler ni comme manœuvre, ni dans toute autre activité. Pour déterminer si l'état de santé du recourant justifie une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité, il convient de se référer en priorité à l'expertise bi-disciplinaire menée pour la SUVA par les Drs H_____ et I_____ en avril 2006. Cette expertise constitue non seulement le document médical le plus détaillé versé récemment au dossier mais le Tribunal fédéral a estimé qu'elle était indispensable pour déterminer avec suffisamment de précision l'évolution des atteintes dont souffrait l'assuré. Au préalable, le Tribunal de céans relèvera que lesdits experts ont rendu leur rapport après avoir analysé et résumé les dossiers médical et administratif, recueilli les plaintes du recourant, et s'être livrés à une anamnèse détaillée. Sur le plan somatique, les experts n'ont retenu que des contractures musculaires, douloureuses intéressant l'ensemble du scalp, la jonction cervico-occipitale, la région dorsale haute et la ceinture scapulaire. Toutefois, aucune anomalie traduisant un syndrome radiculaire ou des lésions osseuses significatives sous-jacentes n'avaient pu être mises en évidence. Ce n'est qu'un mois suite à l'accident que des paroxysmes douloureux associés à un état de nervosité, une asthénie et des troubles du sommeil sont apparus. Les traitements proposés se révélant inefficaces, son état

A/2069/2006 - 13/17 - est demeuré stationnaire. Selon les médecins, ce développement en deux étapes plaide en faveur d'un développement d'éléments secondaires engendrant une accentuation de son tableau douloureux. Toutefois, cette accentuation n'est pas organiquement objectivable. D'un point de vue neurologique, il n'y a aucun déficit. Sur le plan psychique, les médecins ont diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) de la CIM-10, constituant une atteinte légère et indépendante. Ses plaintes de type syndrome "post-commotionnel" (maux de tête, vertiges et nervosité) ne pouvaient avoir de substrat organique plus de six ans suite à l'accident. Ce syndrome avait duré pendant une période de 6 à 18 mois tout au plus. Par la suite, la persistance de plaintes était à mettre sur

le compte du contexte particulier de l'assuré (absence d'activité lucrative pendant dix ans, manque d'intégration dans le pays d'accueil, bénéfices "secondaires" sociaux et financiers). Les experts ont souligné que le recourant n'avait pas été victime d'un état de stress post-traumatique ni d'atteintes psycho-organiques pouvant provoquer et entretenir un état dépressif. De toute manière, un trouble dépressif réactionnel ne pouvait perdurer qu'au maximum deux ans au-delà d'un facteur de stress particulièrement pénible, ce que l'accident du recourant ne pouvait constituer. De l'avis des experts, les plaintes de l'assuré ne correspondent ainsi pas à un trouble psychique déterminé. Ils constatent qu'elles n'ont d'ailleurs guère de répercussions fonctionnelles familiales. Selon les experts, la persistance des plaintes doit être attribuée aux facteurs psychosociaux et socioculturels cités. L'interruption des prestations financières de l'Hospice général (en 2005) avait également pu contribuer à l'état anxio-dépressif actuel. Les experts ont préconisé l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques, une activité physique régulière, aux fins notamment d'élever le seuil de sensibilité à la douleur. Il ont déconseillé un traitement psychiatrique, l'assuré n'étant pas réceptif à l'idée. Sur le plan psychique, les experts ont émis un pronostic favorable mais conditionné par la capacité du recourant de renoncer à un comportement dépendant dans lequel il s'était installé depuis l'accident de 2001. Il était par conséquent impossible d'en évaluer la durée. Les experts ont conclu qu'en l'absence d'une limitation significative, la capacité de travail du recourant était objectivement complète et ce même dans son ancienne activité de manœuvre. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du CEMed du 27 juin 2006 répond aux exigences jurisprudentielles susmentionnées permettant de lui

A/2069/2006 - 14/17 - reconnaître pleine force probante. En effet, les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont claires et détaillées. Bien que dans un premier temps chaque spécialiste se soit déterminé de son côté, ils ont par la suite procédé à une appréciation globale du cas en tenant compte des deux expertises et de l'ensemble des pièces du dossier. Le rapport se fonde sur un examen neurologique et psychiatrique. Les conclusions des experts sont bien motivées, ils arrivent à des résultats convaincants. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette expertise est donc complète, claire et bien motivée. A ce titre, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Par conséquent, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions des experts du CEMed, selon lesquels la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée, voire même dans son ancienne activité de manœuvre. Au surplus, contrairement à ce qu'allègue le recourant, les conclusions des experts cités sont confirmés par les autres pièces versées au dossier. Il découle notamment des rapports des Drs B_____, C_____, A_____, ainsi que des examens radiologiques et de résonance magnétique sur lesquels ils s'appuient, que l'assuré ne souffre que d'un syndrome cervical douloureux consécutif à son accident, sans qu'aucune lésion organique n'ait pu être mise en évidence. Tout comme le médecin traitant, les Drs F_____ et G_____ du SMR et le Dr B_____, de l'assurance-accidents, ont également

considéré que l'assuré pouvait raisonnablement exercer une activité adaptée à plein temps, dès la mi-2001. Les conclusions des maîtres de la réadaptation à l'issue du stage COPAI qui s'est déroulé du 5 avril 2004 au 2 mai 2004 ne sont en outre pas propres à mettre en doute la capacité de travail résiduelle que ces médecins - dont le médecin traitant de l'assuré - lui ont reconnu. En particulier, les maîtres de la réadaptation (rapport du 18 mai 2004) ont relevé que le stage n'avait pas permis d'établir des conclusions définitives et utilisables. Selon eux, il existait une probabilité selon laquelle la faiblesse des rendements

A/2069/2006 - 15/17 - produits au cours de ce stage reposait sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité ce qu'il convenait de vérifier par un complément d'instruction médicale, en particulier par un examen psychiatrique, le Dr E_____, médecin-conseil du CIP, abondant d'ailleurs également dans ce sens. L'examen psychiatrique effectué par le Dr F_____ a confirmé l'absence de pathologie ou de co-morbidité psychiatrique. Des facteurs sans lien avec l'assurance-invalidité prédominaient le tableau douloureux du recourant et expliquaient les raisons pour lesquelles ce dernier n'avait pas repris d'activité à ce jour. A l'encontre de ces pièces, le recourant entend faire prévaloir l'avis du médecin traitant. Selon le recourant, ce médecin atteste une évolution défavorable de l'état de santé qui se serait par la suite stabilisée au point qu'il ait été dans l'impossibilité de retrouver sa capacité de travail. Or, force est de constater que, depuis la mi-2001, le médecin traitant - qui 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 - atteste lui-même d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux. Le recourant ne désigne d'ailleurs pas précisément un rapport en particulier duquel il déduit ces conclusions. Enfin, comme l'indique le recourant lui-même, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la prise en charge des séquelles qui s'ensuivent est une problématique propre à l'assurance accidents, sans pertinence dans le contexte de l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité de l'AI. En conséquence, il n'y a pas lieu de l'examiner. En conclusion, il convient dès lors de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du CEMed qui ne font que confirmer les conclusions des rapports sectoriels et limités des différents médecins, notamment le médecin traitant du recourant, consultés depuis l'accident. Au vu de l'ensemble de ces éléments, on doit nier - d'un point de vue juridique - qu'une mise en valeur de la capacité de travail du recourant, jugée complète au plan somatique dans une activité légère et adaptée du moins, ne puisse plus raisonnablement être exigée de lui. Aussi, c'est à juste titre que l'OCAI lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une telle activité au moins.

E. 11

En dernier lieu, s'agissant de la comparaison de revenus à laquelle a procédé l'OCAI - dont les bases de calcul ne sont d'ailleurs pas contestées par le recourant - le Tribunal de céans souligne qu'elle lui a été particulièrement favorable. Ce dernier a en effet bénéficié d'un abattement sur le salaire de 25%, soit la déduction globale

A/2069/2006 - 16/17 - maximal admis par la jurisprudence. Or, celle-ci est réservée aux cas exceptionnels - dont le cas d'espèce ne fait pas partie.

E. 12

Pour tous ces motifs, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

E. 13

Aucun émolument ne sera perçu, le présent recours ayant été interjeté avant l'entrée en vigueur, le 1er août 2006, de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. chiffre II des dispositions transitoires de la modification du 16 décembre 2005).

A/2069/2006 - 17/17 -

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