

GE_GERICHTE ATAS/615/2008 vom 28. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_615_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/615/2008 du 28 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/615/2008 del 28 maggio 2008

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'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 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;

A/4503/2006 - 7/16 - 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). Aussi le droit litigieux doit-il être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. 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).

E. 3

Interjeté dans les forme et délais prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement quel est son degré d'invalidité.

E. 5

Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne

peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI,

A/4503/2006 - 8/16 - prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. 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. En revanche, 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).

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si

ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt du

E. 8

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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Lorsque le litige concerne plus particulièrement des mesures d'ordre professionnel, le médecin indiquera, en outre, si l'état de santé de l'assuré permet le reclassement ou la formation dans une nouvelle profession et, dans l'affirmative,

A/4503/2006 - 11/16 - quelles sont les activités adaptées au handicap de l'intéressé du point de vue médical. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, 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. 9

Selon le dossier médical, le recourant souffre de cervico-dorso-lombalgies ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux depuis 2003. Sur le plan somatique, selon l'estimation des Drs B_____, F_____ et du SMR, le recourant ne peut plus exercer son ancien métier de mécanicien, physiquement trop lourd. Dans une activité adaptée épargnant le dos et ne nécessitant pas le port de charges, la capacité de travail est de 50 % selon le Dr B_____, de 100 % selon le Dr D_____ du COMAI de Genolier, avis auquel le SRM s'est rallié. Du point de vue psychique, la consultation psychiatrique effectuée par le Dr K_____ du COMAI de Genolier a mis en évidence une thymie dépressive, avec quelques propos suicidaires. L'expression émotionnelle reste totalement figée durant tout l'entretien, le discours est peu précis, mais le médecin n'a pas relevé de d'élément de la lignée psychotique. Dans ses plaintes, le patient a déclaré qu'il avait l'impression que les gens lui en veulent, sauf ses bons amis, et que son ex-femme était sous l'influence de gens qui pratiquaient la sorcellerie et qui ont voulu le tuer. Le COMAI a retenu le diagnostic de

trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif d'intensité mineure à moyenne et une petite perte d'insertion sociale qui en soi ne justifie pas une incapacité de travail. Cependant, le patient est dans une situation de démotivation, fixé dans un processus d'invalidation, de sorte qu'il devrait dans un premier temps bénéficier d'un traitement de type hôpital de jour ou atelier d'ergothérapie dans un but d'activation, puis être remis dans le circuit

A/4503/2006 - 12/16 - professionnel. Questionné par le Tribunal de céans dans le cadre du litige opposant le recourant à l'assureur perte de gain maladie (cause A/4337/2005), le Dr K_____ a répondu, s'agissant des éléments d'anamnèse (idées suicidaires, sentiment de persécution par sorcellerie, etc.), qu'ils pouvaient être tout-a-fait banals, mais aussi signes de délire. Le contexte global, le milieu socio-culturel et la manière de raconter l'évènement avait fait pencher les experts pour la première alternative. Enfin, les idées suicidaires n'impliquaient pas de facto un état dépressif important. Dans le cadre de la procédure précitée, le Tribunal de céans a jugé cependant nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire qu'il a confiée au Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a conclu que le recourant souffre de troubles psychiques, soit d'un trouble délirant (F 22.0), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et d'une dysthymie (F 34.1). L'expert a expliqué que les diagnostics ont été posés au regard de la CIM-10. S'agissant du syndrome dépressif, qui peut être qualifié de moyen, il est chronique, puisqu'il remonte à 2003 au moins et le diagnostic CIM-10 qui correspond probablement le mieux à une dépression modérée et chronique, comprenant également quelques manifestations anxieuses, est celui de dysthymie. L'expert relève que l'examen révèle surtout, derrière les plaintes douloureuses, la présence d'un véritable syndrome délirant, basé sur des idées de persécution à mécanisme interprétatif, avec peut-être occasionnellement des phénomènes psycho-sensoriels. Le Dr H_____ expose que le trouble délirant lui a paru authentique et que si l'assuré simulait un tel trouble, on attendrait qu'il manifeste bruyamment ses symptômes au lieu de se montrer discret à leur sujet, et ne les révéler qu'au compte-gouttes et sur demande. Ce trouble délirant constitue une comorbidité psychiatrique durable et sévère, car il altère gravement les relations sociales, de manière généralement progressive, souvent jusqu'au point où le sujet est complètement isolé, voire clochardisé, car il ne fait plus confiance à personne et se dispute avec tout le monde. L'assuré n'en est pas encore là, mais il est certain que sa capacité de supporter des contacts sociaux, y compris dans le cadre d'une activité professionnelle, est limitée. Le pronostic est mauvais. Selon l'expert, la capacité de travail exigible ne dépasse pas 50 %, dans n'importe quelle activité, depuis février 2003. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H_____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'expert a eu connaissance de l'entier du dossier du recourant, il a procédé à un examen clinique lors de deux consultations, il a pris en compte les plaintes de l'assuré et a posé des diagnostics au regard de la CIM-10. Il a expliqué de façon circonstanciée pour quelles raisons il a considéré que le trouble délirant présenté par le recourant doit être considéré comme durable et grave, de façon à entraver la capacité de travail. Ses conclusions sont à cet égard claires et convaincantes.

A/4503/2006 - 13/16 - Les critiques du SMR quant à la valeur probante du rapport d'expertise ne sont pas pertinentes, dans la mesure où elles ne démontrent pas en quoi les constatations de l'expert seraient manifestement inexactes. Le fait que l'expert judiciaire ait

retenu un autre diagnostic que celui émis par le Dr K_____ du COMAI, ne constitue pas en soi un motif pour nier la force probante de ses conclusions ou pour qualifier celles-ci d'incohérentes ou contradictoires, notamment en ce qui concerne le diagnostic de trouble délirant. En réalité, le SMR entend poser son propre diagnostic sur la base du dossier et tend à substituer sa propre appréciation des preuves à celle du Tribunal de céans. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert et il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, aussi bien pour des raisons psychiatriques que somatiques, depuis février 2003.

E. 10

Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité du recourant. 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). Le revenu d'invalidité 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.

A/4503/2006 - 14/16 - 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). 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. En l'occurrence, il convient de se placer en 2004 pour procéder à la comparaison des revenus, dès lors que l'incapacité de travail remonte à février 2003. Selon les renseignements communiqués par l'employeur, le recourant réalisait en 2003 un revenu mensuel de 4'800, plus un treizième salaire, soit un revenu annuel de 62'400 fr.. Réactualisé à 2004 (indice 2095), le revenu sans invalidité s'élève à 62'971 fr. Le recourant

n'exerçant plus d'activité lucrative il y a lieu de se fonder sur les données statistiques pour le gain avec invalidité. 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 4'588 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 53). 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 dorsaux du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 7-8-2007, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. par mois, soit 57'258 fr. 25 par année. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2003 (1,4 %; La Vie économique, 10-2004, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 57'258 fr. 25, soit 28'629 fr. 15 pour une activité à 50 %. Vu l'âge du recourant et ses handicaps, l'OCAI a procédé à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10 %, ce qui est conforme à la jurisprudence et sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Il en résulte un revenu d'invalidé de 25'766 fr. 20. Après comparaison des gains, le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 59,08 %, arrondi au pour-cent inférieur soit 59 % (ATF 130 V 122), ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité à compter du mois de février 2004.

A/4503/2006 - 15/16 -

E. 11

Le recourant, représenté par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 12

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI).

A/4503/2006 - 16/16 -

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