

GE_GERICHTE ATAS/667/2009 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_667_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/667/2009 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/667/2009 del 28 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du Tribunal de céans 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. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.

E. 5

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. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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

A/4516/2007 - 16/24 - résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve

A/4516/2007 - 17/24 - de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin

traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

Le recourant fait grief à l'intimé de l'avoir considéré comme capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, en dépit des conclusions des experts M _____ - J _____ et K _____, dont il reproche à l'intimé de s'être écarté sans indiquer pour quelles raisons et alors même que Monsieur U _____ et le Dr L _____ ont émis l'avis, près de deux ans après l'expertise psychiatrique du Dr K _____, qu'il était atteint dans sa santé de manière à entraver sérieusement sa capacité de travail. Il est vrai que dans son rapport du 20 juin 2004, la Dresse M _____, a conclu à une capacité de travail de 50%, équivalent soit à 4 heures par jour ou à 6 heures par jour avec un rendement diminué. Cependant, force est de constater que ces conclusions sont en contradiction avec le reste du rapport. En effet, si l'expert a exclu l'activité de maçon en raison des lombalgies et celle de chauffeur de taxi en raison des cervicalgies, il concluait aussi qu'une activité légère, n'impliquant ni port de charges ni position statique prolongée de la tête ou mouvements brusques ou répétés de la tête était envisageable avec une diminution de rendement 20% en raison des vertiges, dont il a estimé qu'ils pouvaient ralentir l'assuré dans certaines activités professionnelles. On ne comprend dès lors pas pourquoi cette diminution de rendement de 20% a ensuite abouti à une diminution de la capacité de travail de 50%. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est écarté du rapport de la

A/4516/2007 - 18/24 - Dresse M _____, qui ne peut se voir accorder pleine valeur probante dans ces conditions, d'autant que même la diminution de rendement dont on comprend qu'elle est motivée principalement par les vertiges - lesquels ne relèvent au demeurant pas de la spécialité du Dr M _____ a sérieusement été mise en doute par plusieurs autres médecins, experts ou spécialiste ORL (cf. rapport du Dr D _____ du 20 juin 2001, rapport du Dr H _____ du 10 décembre 2001, rapport du Prof. G _____ du 8 octobre 2004). La Dresse M _____ - J _____, entendue par le Tribunal de céans, a d'ailleurs admis que les professions de magasinier, concierge ou encore surveillant de chaînes de production, évoquées par le Dr H _____, étaient effectivement envisageables dans la mesure où elles respectaient les limitations fonctionnelles de l'assuré et lui permettaient d'une part, d'éviter la position statique penchée en avant, les mouvements de tête répétitifs et le port de charges et, d'autre part, d'alterner les positions. S'agissant plus particulièrement des vertiges, le Prof. G _____, spécialiste en la matière, a expliqué clairement en quoi ils consistaient et même s'il a admis qu'une telle atteinte - qualifiée par ailleurs de parfaitement bénigne - peut générer chez bon nombre de patients de fortes craintes qui peuvent persister même après guérison, il n'en demeure pas

moins qu'il a très clairement indiqué que les vertiges ne justifiaient aucune incapacité de travail, pas même dans la profession de chauffeur de taxi et que l'assuré avait du reste reconnu que son arrêt de travail résultait plutôt de l'ensemble de ses divers problèmes et de la crainte importante d'avoir un accident, crainte qui n'avait pas lieu d'être. Du point de vue somatique, il ressort des différents rapports que les dorsalgies et cervicalgies, si elles entraînent certes des limitations, ne conduisent à aucune incapacité de travail. Ainsi, le Dr H_____, notamment, chargé d'une expertise par ELVIA ASSURANCES, a conclu en 2001 à une totale capacité de travail, expliquant que le patient ne décrivait pas de limitation en regard de ses lombalgies chroniques et que les cervicalgies ne trouvaient quant à elles pas d'explications claires, les troubles statiques étant fort discrets. Cet avis était partagé par le Dr D_____. En définitive, les problèmes somatiques, s'ils conduisent certes à retenir un certain nombre de limitations fonctionnelles, n'entraînent pas de réduction de la capacité de travail. En réalité, à l'instar du Prof. G_____, qui a suggéré que les problèmes du recourant seraient peut-être la conséquence d'un désordre d'ordre psychologique plutôt que physique, il y a lieu de se demander si le principal problème ne serait pas d'ordre psychique.

A/4516/2007 - 19/24 - Cependant, le Dr I_____, en mai 2003, n'a retenu qu'un épisode dépressif léger, dont il précisait qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de son patient. Le Dr K_____, quant à lui, a également conclu à une dépression légère en janvier 2006. Le recourant lui reproche d'avoir ignoré qu'il était suivi par le Dr I_____ au motif que l'expert a retenu que, jusqu'en 2002, rien n'indiquait que l'assuré avait souffert de troubles psychologiques particuliers. Ce grief apparaît cependant totalement dénué de fondement dans la mesure où le Dr K_____ a expressément mentionné le fait que l'assuré avait consulté le Dr I_____ et a relevé qu'en 2003, ce dernier n'avait conclu qu'à un trouble mineur, sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Certes, le Dr K_____ mentionne que les scores des échelles de Beck ont conclu à une dépression sévère. Mais il a également expliqué pourquoi il ne leur a finalement attribué que peu d'importance : d'une part, il s'agit ces tests sont rédigés en français - de sorte que l'assuré, qui maîtrise mal la langue, a dû se faire aider - et, d'autre part, ces échelles sont basées sur une auto-évaluation. Or, tous les sous- facteurs conduisaient à des scores maximaux, ce qui démontrait une tendance à la dramatisation. On peut relever au passage que le même phénomène s'est produit avec le Prof. G_____, lors des tests d'audiométrie. Les conclusions du Dr K_____, qui se basent en définitive sur l'examen clinique et le résultat de l'échelle de Hamilton, apparaissent donc tout à fait convaincantes. Finalement, sur le plan psychique, le Dr K_____ n'a retenu qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et une personnalité à traits narcissiques, justifiant une diminution de rendement de l'ordre de 20% tout au plus dans une activité médico-théorique adaptée à temps complet. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Certes, Monsieur U_____ et le Dr L_____ ont déclaré que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au fil du temps en ce sens que la dépression légère a tourné à la mélancolie et que les symptômes qui étaient latents sont

devenus manifestes. Ces allégations ne permettent cependant pas de se convaincre qu'au moment de la décision litigieuse, l'état psychique de l'assuré, qui avait été déclaré sans gravité tant par le Dr I _____ que par le Dr K _____, se serait subitement aggravé.
Monsieur

A/4516/2007 - 20/24 - U _____, dans son rapport du mois d'août 2006, se contentait de parler de « souffrance somatique » et de syndrome somatoforme douloureux. Par ailleurs, il semblait motiver l'incapacité de travail à laquelle il concluait avant tout par les vertiges, les douleurs cervicales, l'âge et le niveau socio-culturel de l'assuré. Il indiquait certes que les ressources psychiques du patient étaient diminuées mais il convient de relever que s'il excluait l'éventualité de travailler comme chauffeur de taxi ou sur un chantier, il ne s'exprimait en revanche pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Quant au Dr N _____, il s'est déclaré convaincu que le patient, complètement usé, était désormais inapte à exercer le moindre travail physique, notamment celui de chauffeur de taxi. Ses déclarations sont cependant contradictoires dans la mesure où, après avoir affirmé qu'il était impossible à son patient de conserver la position assise plus de 10 à 15 minutes, il a précisé avoir constaté dans son cabinet, qu'au bout d'une demi-heure, l'assuré cherchait une position plus confortable. C'est donc que l'assuré doit pouvoir rester assis plus longtemps qu'il ne veut bien le dire. Eu égard à ces éléments, il apparaît que la diminution de rendement vraisemblable est celle retenue par le Dr K _____, lequel a expliqué avoir considéré comme équitable de conclure à une diminution de rendement de 20%. Dès lors, c'est à tort que l'intimé s'en est écarté au motif que cette diminution de rendement ne reposait pas sur une atteinte psychique invalidante, puisqu'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par l'intimé lui-même a précisément conclu le contraire et a motivé son évaluation de manière convaincante. Il suit de ce qui précède qu'il convient de retenir comme exigible une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée aux limitations de l'assuré, avec une diminution de rendement de 20%.

E. 7

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité. a) L'entrée en vigueur 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 égal ou 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). 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

A/4516/2007 - 21/24 - 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; 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'invalidé 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). 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 avait été 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. b) En l'espèce, le revenu avant invalidité, fixé à 52'725 fr. en 2000, n'est pas contesté. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Il ressort de l'instruction du dossier que le recourant peut exercer une activité légère à plein temps à condition de respecter les limitations énoncées plus haut. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre

A/4516/2007 - 22/24 - un nombre significatif de postes de travail légers pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne souffrant des douleurs lombaires. Selon les données de l'ESS 2000, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 4'437 fr. par mois (valeur médiane). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,8 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2000, de 55'640 fr. à plein temps et de 44'512 fr. en tenant compte de la diminution de rendement de 20% retenue par le Dr K_____. Si l'on applique au surplus une réduction supplémentaire de 15% comme l'a fait l'intimé (pour tenir compte de l'âge de l'assuré et du fait que son taux d'activité ne sera plus que partiel), on obtient un revenu d'invalidé de 37'835 fr., qui, comparé au salaire avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 28.24%.

E. 8

a) 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 sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation

professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, force est de constater que le recourant remplit donc l'une des conditions mises à l'octroi d'un reclassement. L'instruction permet cependant de douter de la nécessité d'un changement de profession, les doutes émis par certains médecins non spécialisés quant à la capacité de l'intéressé de continuer à exercer sa profession de chauffeur de taxi ayant été définitivement et de manière convaincante levés par le Dr G_____. Qui plus est, les autres professions adaptées évoquées, notamment par les Drs H_____ et D_____, soit la conciergerie, la petite manutention ou la surveillance de chaînes de production, ne nécessitent pas non plus de formation particulière. En conséquence, en l'espèce, un reclassement ne se justifie pas. En revanche, une aide au placement pourra être accordée à l'assuré s'il en fait la demande motivée.

E. 9

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est très partiellement admis en ce sens que le droit à une aide au placement est reconnu au recourant.

A/4516/2007 - 23/24 -

A/4516/2007 - 24/24 -

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