

GE_GERICHTE ATAS/709/2007 vom 20. Juni 2007

GE Cour de justice, 2007-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_709_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/709/2007 du 20 juin 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/709/2007 del 20 giugno 2007

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).

A/23/2007 - 8/15 -

E. 2

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de 30 jours. Le recours du

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, par conséquent, sur le droit à une rente d'invalidité.

A/23/2007 - 9/15 -

E. 5

a) On rappellera qu'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). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b) Tout comme les atteintes physiques, les atteintes à la santé psychique peuvent entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. A ce titre, on ne considère toutefois 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). c) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. d) En raison de l'uniformité de la

notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

E. 6

En l'espèce, le jugement du Tribunal administratif de la République et canton de Genève du 3 février 2004 comportant une appréciation de l'invalidité du recourant dans le cadre de la LAA est entré en force. L'OCAI ne saurait ainsi faire totalement abstraction de l'évaluation de l'invalidité effectuée dans ce cadre à moins que de nouvelles atteintes soient mises en évidence ou apparues depuis.

A/23/2007 - 10/15 -

E. 7

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b) Depuis le 1er janvier 2004 (4e révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). c) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; 117 V 278 consid. 2b; 400 consid. 4b et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). d) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité

imminente (art. 8 al. 1 première phrase 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. 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). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres

A/23/2007 - 11/15 - 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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. 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).

E. 8

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 LPG), 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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 351 consid. 3a). b) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c) S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresde E _____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique.

A/23/2007 - 12/15 - d) Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse E_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 8 août 2006 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il convient dès lors d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne lesquelles ne sont pas mises en cause. Au préalable, force est de constater que la valeur juridique du rapport en cause ne saurait être déniée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de "psychiatre FMH". La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation, lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Il ne serait en effet pas cohérent de dénier la valeur probante d'un rapport rendu par un même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation. Il convient de préciser que cette autorisation ne dépendait d'aucun examen complémentaire dans la mesure où elle portait uniquement sur la reconnaissance de son diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci- dessus.

E. 9

Le recourant se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant, selon lequel il ne conserverait plus qu'une capacité de travail de 50% dans une activité légère. En l'espèce, il y a lieu de distinguer les atteintes physiques des atteintes psychiques. Au plan physique, les diagnostics retenus par les différents médecins consultés sont convergents: ils retiennent principalement les suites somatiques de l'accident de 1995, soit TCC, lésion du nerf cubital gauche, fractures métatarses du pied gauche. En outre, les limitations fonctionnelles retenues depuis 1999 ne sont pas davantage critiquées. De même convient-il de relever que, sur le plan physique, tous les médecins s'accordent à fixer le taux de capacité du recourant, à 100 % dans une profession adaptée, y compris le SMR par le biais du Dr B_____ et le médecin traitant qui concluent à ce pourcentage. Ces constatations l'emportent sur celles qui ont été faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle en 1999. Enfin, c'est d'ailleurs le taux retenu par l'OCAI. Dès lors qu'aucune pièce médicale versée au dossier n'est susceptible de mettre en cause les limitations physiques fonctionnelles déjà prises en considération dans le cadre du jugement du Tribunal administratif genevois du 3 février 2004, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de l'évaluation effectuée alors. S'agissant des capacités psychiques en revanche, les avis des médecins divergent.

A/23/2007 - 13/15 - Contrairement au médecin traitant du recourant selon lequel l'assuré ne conserve qu'une capacité de travail résiduelle de 50%, la Dresse E_____ est d'avis qu'il n'y a aucune atteinte entraînant une incapacité de travail. Au préalable, il convient de reconnaître toute valeur probante au rapport établi par la Dresse E_____. Il est d'une part, complet et clair, et d'autre part convaincant, ce médecin ayant expliqué pour quelles raisons elle admettait, sur le plan strictement psychique, une capacité résiduelle de travail de 100% dans toute activité. Le médecin n'a d'ailleurs pas simplement ignoré les troubles psychiques du recourant dès lors qu'il a analysé l'ampleur de l'état dépressif. Contrairement au médecin traitant, l'office intimé a en revanche estimé que ces troubles ne remplissaient pas les critères de gravité posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur d'atteinte invalidante (cf. arrêt du 31 janvier 2006 en la cause R, réf. I 488/04). A ce titre,

l'intimé a souligné le suivi mensuel auprès du psychiatre (soit à peine douze séances par année) ainsi que le traitement journalier aux antidépresseurs à de très faibles doses (10 gr seulement de SEROPRAM), qualifiées d'homéopathiques. Le recourant allègue une aggravation de son état de santé depuis 2001 dont le médecin traitant pourrait attester de vive voix devant le Tribunal de céans. Or, il ressort au contraire des pièces versées au dossier et notamment de celles du médecin traitant - qui, dans le doute, prend généralement parti pour son patient du fait du lien de confiance qui les unit - que suite à une période initiale en 2002, l'état dépressif du recourant s'est amélioré grâce à un traitement pharmacologique. Certes, ce médecin indique que l'état de santé du recourant est stationnaire depuis sa première consultation en 2002. Toutefois, cette affirmation est contredite par les explications complémentaires qu'il fournit. Quoi qu'il en soit, au vu du léger suivi psychiatrique (1x par mois) et des doses quasi négligeables d'antidépresseurs, il est manifeste que l'atteinte du recourant ne remplit pas les critères jurisprudentiels de gravité. Une audition du médecin traitant ne saurait modifier cela. En résumé, une aggravation de l'état de santé - qu'elle soit psychique ou physique - ne trouve aucun appui dans le dossier médical. Par rapport à la comparaison des revenus, le Tribunal de céans constate que les revenus pris en compte dans le cadre de la comparaison des revenus n'ont à juste titre pas été contestés. Il y a lieu de préciser que le simple fait que l'assuré estime l'activité d'agent de sécurité incompatible avec son état de santé, n'est pas suffisant pour écarter les avis concordants de l'employeur et des médecins selon lesquels le poste occupé à l'époque par le recourant pour sa formation était adapté. C'est en effet le revenu de l'activité lucrative médico-théorique exigible qui est déterminant. En effet, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge (facteurs

A/23/2007 - 14/15 - étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Hardy LANDOLT, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischem Sozialversicherungsrecht*, thèse 1995 Zurich, p. 276 ss; Béatrice BREITENMOSER, *Invalidenversicherung quo vadis ?*, *Die Kausalitätsprobleme in der IV in : Psychische Störungen und die Sozialversicherungsrecht - Schwerpunkt Unfallversicherung*, Berne 2002 p. 144 ss). Dans le même ordre d'idées, la réinsertion effective du recourant dans le marché du travail n'a pas de conséquences pour l'issue du litige. La notion de marché du travail équilibré est en effet une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. (ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b). Le taux d'invalidité de 27% retenu par l'OCAI doit ainsi être confirmé. Sur ce point, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 25 septembre 2006 confirmée.

E. 10

Se fondant sur un taux d'invalidité supérieur à 20%, le recourant réclame subsidiairement de nouvelles mesures d'ordre professionnel. Force est cependant de constater que l'intimé ne s'est pas prononcé sur ce point, de sorte que la question ne fait pas partie de l'objet du litige. Le Tribunal de céans ne saurait se substituer à l'OCAI à qui il incombe de statuer.

E. 11

En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/23/2007 - 15/15 -

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