

GE_GERICHTE ATAS/838/2010 vom 18. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_838_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/838/2010 du 18 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/838/2010 del 18 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS

A/785/2009 - 10/15 - 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de temporel, 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 229 consid. 1.1, 335 consid. 1.2 notamment). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA correspondent aux notions figurant précédemment dans la LAI telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 10 février 2009, elle est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI des 21 mars 2003 et 6 octobre 2006 (4ème et 5ème révisions). Cependant, les faits pertinents remontent jusqu'en 2001 (date de l'infarctus ischémique) et la demande a été déposée en 2007. Par conséquent, du point de vue matériel, il y a lieu de faire application de la législation dans sa nouvelle teneur, à l'exclusion de la 5ème révision de la LAI. En revanche, en ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de normes transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

E. 5

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

E. 6

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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

A/785/2009 - 11/15 - exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4).

E. 7

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, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. Le nouvel art. 28 al. 2 LAI n'a pas changé ces taux déterminants.

E. 8

La plupart des éventualité assurées 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHUPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'OAI, 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 rapports d'examen et sur dossier des SMR, les expertises produites par une partie, ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). Ces données médicales permet-

tent 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 (qui sont sensées compléter et préciser les premières), lesquelles sont suscep-

A/785/2009 - 12/15 - tibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du TF non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

E. 9

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 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 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 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. 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.

E. 10

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).

E. 11

a) Dans le cas d'espèce, le recourant a été soumis à deux expertises médicales. b) L'une, de nature psychiatrique, a été effectuée par le docteur V_____ du SMR assisté d'un interprète. Elle n'est pas contestée par les parties. Il convient de donner raison à ces dernières dans la mesure où le rapport d'examen rendu par ce

A/785/2009 - 13/15 - médecin remplit à l'évidence tous les critères pour que lui soit accordée pleine valeur probante. Le contenu est détaillé, l'anamnèse complète, les plaintes

du patient sont rapportées, les conclusions sont claires et cohérentes avec le contenu de l'exposé des motifs. c) L'autre expertise, de nature neurologique, a été confiée au professeur R_____. Le recourant fait grief à l'intimé – et ce dès le stade de l'audition – de s'être fondé sur une expertise qui n'aurait pas valeur probante au motif notamment de l'absence d'un interprète lors de la consultation. Le problème linguistique a été clairement évoqué par l'expert dans son rapport, à deux reprises. Il a tout d'abord mentionné que l'intéressé avait initialement prétendu ne parler qu'insuffisamment le français pour s'exprimer, mais qu'il s'était par la suite détenu et que la conversation avait en fin de compte été possible moyennant quelques mots d'allemand. Ensuite, l'examen neuropsychologique s'était révélé difficile, principalement pour établir une anamnèse et récolter les plaintes, le patient répondant à côté en raison de sa méconnaissance de la langue française. Or, ces obstacles sont concrétisés de façon évidente dans le contenu du rapport, l'anamnèse du patient n'étant en réalité composée, dans sa quasi-totalité, que d'éléments issus du dossier et non de propos tenus par l'expertisé. Par ailleurs, la consultation neuropsychologique a été interrompue prématurément, notamment pour des problèmes de langue et s'est donc révélée incomplète. Les tests relatifs au langage sont qualifiés de limités eu égard à cette même problématique. En pareilles circonstances, on ne voit pas comment les résultats – partiels – auxquels aboutit cette consultation pourraient être exploités, vu l'importance de la compréhension des consignes et des vocables utilisés pour en tirer des conclusions. Il sied donc de constater que l'absence d'un interprète était de nature à nuire tant à l'élaboration de l'anamnèse, à la récolte des plaintes qu'à la fiabilité des résultats obtenus. Certes, l'examen neuropsychologique retient des scores insuffisants dans certains domaines, mais on ne saurait en tirer aucune conclusion en faveur de l'intéressé, pas plus qu'on ne saurait suivre les explications fournies par l'expert lui-même dans son complément fourni sur requête de la Juridiction de céans. En raison du seul motif du défaut d'assistance d'un interprète, le rapport d'expertise ne peut être une base fiable à la détermination de la capacité de travail. On ajoutera encore, avec le recourant, que l'avis de son neurologue met suffisamment en cause les conclusions de l'expert pour qu'il ne soit pas possible de retenir les conclusions de ce dernier telles quelles. En particulier, la négation d'une influence de la diminution de la perfusion cérébrale sur la fatigabilité par le professeur O_____ ne repose en fin de compte que sur l'affirmation que cette hypothèse est inconnue de la doctrine ; or, le médecin se limite à citer un seul article sur la question dont il est au demeurant l'auteur. Et contrairement à ce que prétend l'intimé, l'avis du docteur R_____ ne peut être purement et simplement écarté du fait qu'il s'agit du médecin traitant de l'assuré. Tel n'est pas le cas, dans le sens donné par la jurisprudence à la notion de médecin traitant. En effet, par mé-

A/785/2009 - 14/15 - decin traitant, il convient de comprendre médecin de famille, soit en règle générale le médecin généraliste. Dans le cas d'espèce, le docteur R_____ est un spécialiste (neurologue) en charge certes du suivi du recourant, mais limité au seul domaine de sa spécialisation. Cela étant, les remarques et explications fournies par ce praticien ne sont pas suffisamment circonstanciées pour qu'elles puissent combler les carences dont l'expertise O_____ est affectée. Ensuite, il sied de relever que ladite expertise ne comporte pas de motivation suffisante et les explications fournies ultérieurement ne consistent qu'en des affirmations péremptoires, nullement étayées de manière à ce qu'un non-initié puisse se convaincre de leur bien-fondé. Par contre, le fait que l'expert, qui est un spécialiste reconnu pour la pratique de son art, ait été condamné pénalement pour des infractions contre le patrimoine, fût-ce dans le cadre de son activité

professionnelle, est irrelevante dans la présente cause, seules ses compétences médicales étant déterminantes. Il suit de ce qui précède qu'il n'est, en l'état, point possible au Tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause sur une éventuelle incapacité de travail du recourant en relation avec ses atteintes neurologiques. Le dossier sera donc retourné à l'administration, aux fins de mettre en œuvre une nouvelle expertise neurologique avec examen neuropsychologique en présence d'un interprète. Le renvoi est justifié par le fait que la non-assistance d'un interprète viole les droits fondamentaux de l'intéressé (liberté de la langue, interdiction de la discrimination en raison de la langue et droit d'être entendu ; cf. not. ATF 127 V 219 consid. 2b/bb).

E. 12

L'instruction de la cause diligentée non seulement par l'intimé, mais également par le Tribunal de céans a permis de mettre en évidence des troubles cardiovasculaires relativement importants. Or, mis à part les remarques y relatives du professeur O_____ qui n'est pas cardiologue, le dossier ne comporte aucune investigation approfondie à ce sujet, singulièrement en regard des activités raisonnablement exigibles compte tenu desdites affections. L'OAI devra donc également compléter son dossier médical sur ce point en mettant en œuvre une expertise cardiologique. Par mesure d'économie, les deux volets de l'expertise pourront être traités simultanément, dans le cadre d'une expertise bi-disciplinaire.

E. 13

L'intimé, qui succombe, supportera les frais de la procédure fixés présentement à 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Il versera en outre une indemnité de dépens au recourant par 2'000 fr (art. 61 let. g LPA ; art 89H al. 3 LPA).

A/785/2009 - 15/15 -

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