

GE_GERICHTE ATAS/845/2010 vom 24. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_845_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/845/2010 du 24 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/845/2010 del 24 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

a) 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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; 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). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du

E. 4

a) En ce qui concerne la preuve, 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). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. Sans remettre en cause le principe de la libre

A/1886/2010 - 10/15 - appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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). c) 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). Ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

A/1886/2010 - 11/15 - et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 5

Dans le cas d'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr N_____, rhumatologue, effectuée à la demande de la SWICA, laquelle s'est notamment basée sur les bilans radiologiques du dossier pour refuser toute rente à l'assuré. L'assuré reproche à l'expert de la SWICA et au SMR de ne pas avoir posé de diagnostic clair et de ne pouvoir, de ce fait, en tirer des conclusions quant à sa capacité de travail. Le dossier contient d'autres rapports médicaux et il convient de confronter les divers avis donnés.

En premier lieu, tous les médecins consultés sont hésitants quant au diagnostic à poser et suggèrent de ce fait une consultation spécialisée. Toutefois, les images IRM indiquent, ce qui est clairement attesté par le Dr O_____, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, une synostose et arthrose sous-taliennes de la cheville gauche. Du côté de la cheville droite, les douleurs dont se plaint l'assuré pourraient évoquer la même affection, laquelle n'a pas été confirmée par des imageries.

En second lieu, les divers médecins retiennent de façon concordante, s'agissant des limitations fonctionnelles, la station debout limitée, l'utilisation des escaliers, l'accroupissement et la position à genoux. Ces limitations sont admises en raison de l'intensité des douleurs décrites par l'assuré, alors que plusieurs médecins relèvent que ni les imageries, ni l'examen clinique ne permettent d'expliquer l'importance des douleurs et les limitations fonctionnelles retenues (Dresse DROZ RIEDO, spécialisée en chirurgie orthopédique ; Dr M_____, rhumatologue ; Dr N_____, rhumatologue).

En troisième lieu, les divers rapports médicaux soulignent l'impossibilité d'objectiver médicalement les importantes douleurs alléguées par l'assuré. Le Dr M_____ met en avant l'examen difficile chez un patient démonstratif, boitant et déroulant mal le pied gauche à la marche, alors qu'il n'y a pas de nette limitation de mobilité, ni de signe inflammatoire. La Dresse DROZ RIEDO précise que l'anamnèse n'est pas précise en ce qui concerne la localisation de la douleur, ni

A/1886/2010 - 12/15 - le moment de son apparition, le patient indiquant avoir mal à la cheville tout le temps, le Dr P_____ (neurologue) indique que le patient souffre de troubles neurologiques d'origine incertaine, de douleurs des deux chevilles et d'une insensibilité qui ne s'explique pas, à défaut de signe inflammatoire. Le Dr N_____, rhumatologue, indique les radios et les IRM pratiquées ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assuré, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement.

A ce sujet, la plupart des médecins suggèrent depuis février 2009 une consultation spécialisée auprès du Dr O_____, l'assuré ayant pris rendez-vous au début septembre 2009.

C'est dans le cadre de ce complexe de faits et d'avis médicaux que l'expertise du Dr N_____, rhumatologue, effectuée à la demande de l'assurance SWICA, trouve son explication.

En effet, c'est en raison de l'absence d'explication médicalement objectivée de l'intensité des douleurs alléguées par l'assuré que l'expert retient - en tenant compte précisément de ces douleurs - une incapacité de travail totale comme serveur. L'expert précise que si la consultation spécialisée n'apporte aucun argument quant à une atteinte à la santé qui permettrait d'expliquer les symptômes, il faudra alors admettre que ces douleurs ne sont pas objectivées médicalement et que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 80 % dans son activité professionnelle de serveur, et ce afin de tenir compte d'une diminution de rendement de 20 % compte tenu des événements dégénératifs visualisés sous les examens radiologiques.

Le grief de l'assuré concernant cette conclusion provisoire du Dr N_____ s'agissant du diagnostic, est donc dénué de fondement.

Suite à la consultation spécialisée auprès du Dr O_____, un diagnostic clair a été posé, lequel explique les douleurs à la cheville gauche, et, sans certitude en l'état, à la cheville droite. Ainsi, l'avis de l'expert, qui admet une incapacité totale de travail en tant que serveur peut être maintenu (ou retenu ?). L'expertise n'est donc pas critiquable sur ce point.

Pour le surplus, l'expertise du Dr N_____ remplit les exigences de la jurisprudence et a donc valeur probante. L'expert procède à un examen complet, tient compte des plaintes du patient, explique le bilan radiologique et tire des conclusions convaincantes, en particulier celles exposées plus haut. A noter que tant les limitations fonctionnelles liées à la douleur, et la capacité de travail dans une activité adaptée, sédentaire, excluant la marche et la position debout prolongée, concordent avec l'avis de tous les autres médecins consultés. Cet avis est également partagé par le Dr O_____.

A/1886/2010 - 13/15 -

Sur cette base, c'est donc à juste titre que l'OAI a retenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en position assise, excluant toute invalidité. Les autres douleurs dont se plaint depuis lors l'assuré, au niveau du dos et de façon diffuse dans le corps n'ont jamais fait l'objet d'un examen médical approfondi, ne sont corroborées ni par le médecin traitant, ni par les divers spécialistes consultés, ni par des imageries médicales et elles ne sont documentées par aucun rapport médical probant. L'assuré en fait état, pour la première fois, lors de sa consultation chez le Dr O_____ en septembre 2009 et du stage aux EPI. Ces douleurs diffuses n'ont pas été investiguées par le Dr O_____, qui se fonde exclusivement sur les plaintes de l'assuré, lesquelles ne sont pas déterminantes, à elles seules, pour retenir au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré souffre d'une affection médicale expliquant ces douleurs et impliquant des limitations fonctionnelles supplémentaires, telle la nécessité d'alterner la position assise et debout.

E. 6

S'agissant des conclusions de l'assuré sollicitant l'audition du Dr O_____, elles seront rejetées, car le médecin a répondu de façon circonstanciée et précise aux questions posées par le Tribunal. Il ressort de l'avis de ce spécialiste que le diagnostic indiqué par les imageries est confirmé, les limitations fonctionnelles consécutives aux douleurs des

membres inférieurs également, de sorte que l'assuré est incapable de travailler en tant que serveur. De même, l'affection diagnostiquée et les limitations fonctionnelles admises ne limitent pas la capacité de travail de l'assuré en position assise.

A ce sujet d'ailleurs, le stage effectué auprès des EPI, confronté aux avis médicaux recueillis, ne montre pas de contradiction qui pourrait justifier une instruction médicale complémentaire. En effet, le caractère démonstratif de l'assuré, déjà relevé par les médecins, est corroboré lors du stage, l'assuré se massant les cuisses et faisant des moues de douleur, puis se levant, moins d'un quart d'heure après s'être assis, affirmant que ces déplacements soulagent ses douleurs, alors que les intenses douleurs à ses pieds devraient limiter la marche.

Ainsi, et compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'assuré était pleinement capable de travailler, dans une activité adaptée, en position assise. A cet égard, le revenu sans invalidité, savoir le dernier salaire de l'assuré indexé, et celui avec invalidité, fondé sur les statistiques, retenus par l'OAI ne prêtent pas flanc à la critique.

En admettant même que l'assuré ait besoin d'alterner les positions assise et debout, ce qui n'est médicalement pas attesté, et qu'il faille, de ce fait, retenir une diminution de rendement de 20 %, le taux d'invalidité de l'assuré ne dépasserait pas

A/1886/2010 - 14/15 - 15 %, sur la base des salaires retenus par l'OAI, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité.

E. 7

Le recours, mal fondé, est donc rejeté. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'assuré.

A/1886/2010 - 15/15 -

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