

GE_GERICHTE ATAS/1096/2017 vom 5. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1096_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1096/2017 du 5 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1096/2017 del 5 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 830.1) 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. On notera en particulier que les conclusions du demandeur doivent être comprises comme visant la condamnation de l'intimé au versement de prestations d'invalidité, et non la simple constatation de son droit à ces prestations. Il s'agit ainsi bien de conclusions de nature formatrice et non constatatoire, de sorte qu'elles sont recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, 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 les mesures de réadaptation exigibles. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

A/1634/2017 - 10/14 -

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent 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, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. 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. À cet égard, il convient 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. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

A/1634/2017 - 11/14 - c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8

En l'espèce, on notera en préambule que la position de l'intimé est pour le moins équivoque, puisqu'il a affirmé dans les écritures versées dans le cadre de la présente procédure que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, alors que le calcul d'invalidité consacré dans sa décision repose sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Malgré cette contradiction, c'est la validité de cette dernière prémisse qui doit être examinée dans le cadre de la présente procédure, dès lors que l'objet du recours est la décision, et en particulier son dispositif (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/00 du 15 mars 2001 consid. 1a). Force est de constater qu'il n'existe au dossier aucun rapport médical propre à étayer la position de l'intimé qui satisfasse pleinement aux exigences dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, aucun de ces documents ne contient tous les éléments formels nécessaires. En particulier, les estimations de la capacité de travail qu'ils contiennent ne sont guère motivées. S'agissant du rapport du SMR du 1er février 2017, on rappellera en préambule qu'un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même, mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une

A/1634/2017 - 12/14 - recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique

aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références). Malgré les exigences formelles réduites en lien avec les rapports du SMR, l'avis de la Dresse J _____ ne suffit pas non plus à sceller le sort du litige. D'une part, ce médecin fait état d'une capacité entière dans une activité adaptée « selon toute vraisemblance ». Or, dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2010 du

E. 10

mars 2011 consid. 4.1). D'autre part, ses conclusions admettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mai 2013 se fondent sur les indications du Dr G _____ et sur le fait que la virémie n'était plus détectable à cette date. Le médecin du SMR écarte l'asthénie rapportée par le médecin traitant du recourant au motif qu'elle n'aurait pas été diagnostiquée par les infectiologues. Cependant, le Dr G _____ s'est essentiellement prononcé sur l'atteinte VIH et n'a donc pas tenu compte de l'état de santé du recourant dans sa globalité dans son rapport du 19 décembre 2012. Le fait qu'il n'y mentionne pas l'asthénie ne suffit donc pas à exclure ce diagnostic. Il semblerait d'ailleurs que le Dr G _____ soit revenu sur son analyse de la capacité de travail lors de sa conversation téléphonique avec le Dr F _____ en juillet 2013. Il apparaît également que le recourant a souffert de problèmes dermatologiques conséquents en 2013, dont l'incidence n'a guère été analysée. On ignore également quelles sont les répercussions de l'hépatite C et de son traitement sur sa capacité de gain. Enfin, au vu des explications données par la Dresse H _____ au sujet des interactions médicamenteuses rendant impossible l'administration d'un traitement antalgique, il n'est pas exclu que l'incidence des gonalgies soit plus importante que chez un assuré ne suivant pas d'autre traitement. 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, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y

A/1634/2017 - 13/14 - a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). Au vu des doutes sérieux que laissent subsister les rapports de la Dresse H _____ au sujet de la capacité de travail et de gain du recourant, une expertise doit être mise en œuvre. La chambre de céans relève que l'argument de l'intimé, selon lequel une telle mesure n'est pas indiquée pour trancher la capacité de travail et de gain passée, tombe manifestement à faux. En effet, les experts sont généralement appelés à statuer sur le caractère invalidant d'atteintes à la santé de manière rétrospective. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure

possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimé n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale du recourant. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer les répercussions des diverses atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain du recourant depuis décembre 2012. Cet examen devra être confié à un médecin généraliste, à charge pour lui de s'entourer d'avis de spécialistes s'il l'estime nécessaire à l'exécution de sa mission. 9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En l'espèce, le recourant n'a pas conclu à l'allocation d'une indemnité de procédure. Des dépens peuvent cependant être alloués à une partie sans conclusion expresse dans ce sens (ATF 118 V 139 consid. 3). L'indemnité due au recourant à ce titre sera fixée à CHF 2'000.-. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1634/2017 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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