

GE_GERICHTE ATAS/109/2015 vom 10. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_109_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/109/2015 du 10 février 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/109/2015 del 10 febbraio 2015

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; RS 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement pertinents remontent à 2009. Par conséquent le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à de nouvelles mesures de réadaptation, singulièrement de reclassement.

E. 6

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). Selon 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 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/3775/2013 - 15/21 - Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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 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 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

a. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. b. 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. 28a al. 1 LAI). 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 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances

particulières qu'il peut se justifier qu'on

A/3775/2013 - 16/21 - s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

E. 8

a. 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, à ce motif, 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 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. 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

A/3775/2013 - 17/21 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre 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. Ainsi, en principe, 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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/cc). b. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

A/3775/2013 - 18/21 - c. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 9

a. Afin de se prononcer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité et à de nouvelles mesures de réadaptation, il convient en premier lieu de déterminer sa capacité de travail. L'intimé a fait siennes les conclusions du SMR, fondées sur les expertises des Drs I_____, G_____ et K_____, selon lesquelles le recourant a été totalement incapable de travailler dès le 28 avril 2009, mais disposerait depuis le 1er octobre 2009 d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée de petite serrurerie (sans port de charges) et de 100% comme surveillant de chantier, préposé à la sécurité des chantiers ou conseiller en vente. Le recourant conteste l'expertise du Dr I_____ et soutient que celle-ci, antérieure de plus de trois ans à la décision querellée, ne tient pas compte de l'aggravation de son état de santé, de sorte qu'une expertise médicale judiciaire se justifie. Il se prévaut d'une incapacité de travail totale, certifiée à plusieurs reprises par le Dr L_____ depuis octobre 2012. Dans son rapport du 21 novembre 2013, ce médecin expose que la reprise du travail sans aménagement d'une activité adaptée a aggravé la situation et abouti au développement, dès fin 2011, d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif réactionnel. Dès lors, il sied d'examiner la valeur probante des rapports d'expertises rhumatologiques et psychiatriques des Drs G_____, I_____, et K_____. b. Sur le plan rhumatologique, la chambre de céans a déjà jugé que l'expertise du Dr G_____, bien que répondant à certains réquisits jurisprudentiels, n'était pas

A/3775/2013 - 19/21 - probante dans son appréciation de la capacité de travail en raison de ses conclusions confuses (cf. ATAS/761/2013 du 29 juillet 2013, consid. 7). Il n'y a pas lieu de s'écarter sur ce point de la jurisprudence susmentionnée. c. S'agissant de l'expertise du Dr I_____, il est surprenant que celle-ci ne discute pas du rapport des EPI du 19 mars 2010 alors que ce document est précisément à l'origine de sa mise en œuvre. Les EPI concluaient à la présence de limitations somatiques importantes et proposaient une réévaluation ultérieure de l'assuré. On peine au demeurant à comprendre la pleine capacité de travail retenue, dans la mesure où le Dr I_____ fait état d'une diminution de rendement dont il dit avoir tenu compte dans son appréciation. En outre, bien qu'une activité de serrurier, même adaptée, ait été totalement exclue par la Dresse H_____ en raison de limitations fonctionnelles et d'un risque clair d'invalidité (cf. rapport du 4 février 2010), l'expert rhumatologue mentionne une capacité de travail résiduelle de 50% dans la petite serrurerie, sans motiver sa conclusion ni exposer les motifs sur lesquels il se fonde pour s'écarter du SMR, auquel il ne fait jamais référence. Enfin, l'expert atteste d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles mais omet de préciser la date à compter de laquelle une telle activité serait exigible. Partant, la chambre de céans estime que les conclusions du Dr I_____, fondées sur une anamnèse incomplète, ne sont pas suffisamment motivées et convaincantes pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être reconnue. d. En revanche, sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que l'expertise du Dr K_____ est conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Celle-ci repose en effet sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et des examens cliniques complets. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions motivées. Celles-ci sont également dépourvues de contradictions. Le recourant n'invoque aucun argument concret permettant de mettre en doute la valeur probante du rapport du Dr K_____. Il ne met notamment pas en exergue d'élément objectif ignoré par l'expert ni de contradictions intrinsèques. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions de ce rapport, attestant sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail jusqu'au 23 novembre 2010, date de l'expertise.

E. 10

L'assuré allègue que la décision litigieuse ne tient pas compte d'une péjoration de son état de santé. La chambre de céans constate que la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé intervenue entre l'expertise psychiatrique de novembre 2010 et la décision litigieuse d'octobre 2013 n'est pas en l'état d'être jugée, faute d'avoir été suffisamment élucidée. En effet, le Dr L_____ mentionne depuis janvier 2011 des neuropathies de la main droite et depuis fin 2011, un syndrome douloureux chronique ainsi que d'un état dépressif réactionnel, ce qui l'a conduit à prescrire un

A/3775/2013 - 20/21 - traitement antidépresseur. Il a également attesté d'une incapacité de travail de 50% dès décembre 2011 et de 100% depuis octobre 2012. Cette éventuelle aggravation de l'état de santé n'a pas été instruite par l'intimé, motif pris qu'elle n'était corroborée par aucun élément objectif. Cependant, la chambre de céans estime qu'elle ne saurait être écartée d'emblée, attendu que les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de neuropathies sont postérieurs aux expertises ordonnées par l'OAI et n'ont pas du tout été discutés par les experts.

E. 11

Comme l'intimé a fondé sa décision essentiellement sur des expertises rhumatologiques ne bénéficiant pas d'une pleine valeur probante et qu'il n'a de surcroît pas instruit la question de l'éventuelle aggravation intervenue depuis l'expertise du Dr K_____, un renvoi du dossier pour instruction complémentaire se justifie, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives. Dite instruction sera mise en œuvre par une nouvelle expertise en rhumatologie et psychiatrie selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Il conviendra que les experts se prononcent sur l'état de santé du recourant, sa capacité de travail et l'évolution de celle-ci.

E. 12

Au vu de ce renvoi et dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimé est incomplète, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, ni de suspendre la procédure jusqu'à réception d'un éventuel rapport d'expertise privée. Si le recourant entend se prémunir d'un tel rapport, il lui sera loisible de le faire dans le cadre de l'instruction complémentaire qui sera mise sur pied par l'intimé.

E. 13

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision portant sur le droit à de nouvelles mesures de réadaptation, singulièrement de reclassement, et à une rente. Le recourant, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3775/2013 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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