

## **GE\_GERICHTE ATAS/1135/2014 vom 5. November 2014**

GE Cour de justice, 2014-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1135\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1135_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1135/2014 du 5 novembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1135/2014 del 5 novembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

Le 4 novembre 2013, le SMR a maintenu son appréciation.

#### **E. 15**

Le 20 novembre 2013, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de toutes prestations, reprenant les motifs énoncés dans son projet du 13 septembre 2013. Concernant les mesures professionnelles, l'OAI a précisé qu'une orientation professionnelle n'était pas nécessaire, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, qu'un reclassement professionnel n'entraîne pas en ligne de compte, dès lors qu'il ne présentait pas de manque à gagner de 20% au moins et que le droit à l'aide au

A/22/2014 - 4/10 - placement n'était pas ouvert car il n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi.

#### **E. 16**

L'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours en date du 6 janvier 2014. Il conteste la décision de l'intimé, motif pris que depuis ses problèmes de santé survenus en 2012, il s'est vu contraint d'arrêter son activité professionnelle. Ses graves limitations fonctionnelles rendent toute activité professionnelle très difficile, étant précisé qu'il est âgé de 59 ans. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas instruit correctement son dossier du point de vue médical, il s'est fondé sur l'avis du SMR pour retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis janvier 2013, ce qui est en contradiction avec l'avis circonstancié du Dr D\_\_\_\_\_. Aucun avis n'a été requis des médecins du service de cardiologie des HUG, ni celui du Dr C\_\_\_\_\_, ni celui du Dr G\_\_\_\_\_, médecin généraliste qui l'avait suivi au début. Il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

#### **E. 17**

Dans sa réponse du 4 février 2014, l'intimé conclut au rejet du recours. Il conteste n'avoir pas requis de renseignements aux HUG, ces derniers ayant clairement indiqué n'avoir pas établi d'incapacité de travail. Il se réfère à l'appréciation du SMR et considère qu'une instruction complémentaire ne se justifie pas.

#### **E. 18**

Le 27 février 2014, le recourant communique un nouveau rapport du Dr D\_\_\_\_\_, daté du 20 février 2014, selon lequel les signes cliniques d'ischémie sont bien présents, même si on a débouché et augmenté le débit sanguin par angioplastie. Des nouvelles sténoses avec ischémie myocardique sont donc hautement probables, cela d'autant plus si l'on soumet le patient à une activité physique à risque. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, le refus est en dehors de toute

réalité clinique.

**E. 19**

Par écriture du 13 mars 2014, l'intimé se réfère à l'avis du SMR et persiste dans ses conclusions.

**E. 20**

Le recourant a communiqué un nouveau rapport du Dr D\_\_\_\_\_, du 3 avril 2014, ainsi qu'un rapport du Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du 12 mai 2014, certifiant qu'il est suivi depuis le 10 mars 2014 pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, réactionnel à une situation de crise familiale. Les symptômes sont incapacitants à 100 % et persistent malgré une bonne compliance tant au traitement antidépresseur que psychothérapeutique. L'état psychique n'est pas stabilisé et une réévaluation dans six mois est souhaitable.

**E. 21**

Le 17 juillet 2014, le recourant a communiqué à la chambre de céans un rapport établi par la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie. Selon la praticienne, les symptômes du patient sont compatibles avec un angor d'effort, de stade II, sous traitement médicamenteux. Il présente également une insuffisance veineuse bilatérale, légèrement symptomatique. Selon le test d'effort, le patient présente une capacité professionnelle fortement diminuée, en termes d'attente de capacité d'effort à un travail. Sur le plan professionnel, il s'agit essentiellement d'un travail sédentaire, ou d'une manutention légère, à de petits déplacements sans

A/22/2014 - 5/10 - port de charge, sans station assise obligatoire prolongée. Le pronostic est défavorable, le patient est à risque de ré-infarctus, ainsi que de progression d'une maladie coronarienne diffuse.

**E. 22**

Dans ses dernières écritures, l'intimé persiste dans ses conclusions.

**E. 23**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

**E. 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. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 343 consid. 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et

A/22/2014 - 6/10 - Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 LPA ; RS/GE - E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité. 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). 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).

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. 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). 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). 6. Il convient par ailleurs de relever que 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 malade, 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).

A/22/2014 - 7/10 - Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 7. 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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

A/22/2014 - 8/10 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 8. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté en juin 2012 une récurrence d'une maladie coronarienne, opérée une première fois en 2002, et qu'il n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de nettoyeur. Est litigieuse en revanche sa capacité de travail résiduelle. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, médecin généraliste, médecin traitant, le recourant présente de nombreuses limitations fonctionnelles. Son incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité de nettoyeur, de même que dans une activité lucrative adaptée. En mai 2013, le médecin traitant mentionne une aggravation de l'état de santé depuis janvier 2012. En octobre 2013, le médecin traitant indique que le passé cardiologique du patient ne permet pas d'envisager une activité lucrative quelconque, c'est-à-dire de soumettre ce patient à un nouvel épisode cardiaque, ce qui correspondrait à un risque extrême qui pourrait lui être fatal. Le SMR considère toutefois que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est totale, depuis le mois de janvier 2013. La chambre de céans constate que les appréciations du SMR sont en totale contradiction avec celles du médecin traitant, étant relevé que ce dernier a expliqué de manière circonstanciée pour quelles raisons il considérait que son patient était incapable de travailler. En outre, aucun médecin spécialiste en cardiologie ne s'est exprimé sur les atteintes à la santé du recourant, ses limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Contrairement à ce que l'intimé soutient, il n'a pas requis des renseignements précis et circonstanciés des médecins spécialistes des HUG, se contentant de prendre note au cours d'un entretien téléphonique avec le service de l'hôpital que tous les renseignements avaient été communiqués au médecin traitant et qu'il n'avait pas été établi d'incapacité de travail. L'intimé ne saurait raisonnablement soutenir qu'il a été clairement indiqué par les spécialistes en cardiologie des HUG qu'aucune incapacité de travail n'a été établie. Au demeurant,

A/22/2014 - 9/10 - le collaborateur de l'intimé s'est fourvoyé en notant le nom du médecin traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, au lieu du Dr D\_\_\_\_\_. Le recourant a produit enfin un rapport détaillé établi par la Dresse I\_\_\_\_\_, cardiologue, dont il résulte qu'outre les problèmes cardiologiques, il présente également une insuffisance veineuse bilatérale, légèrement symptomatique. Elle a décrit les nombreuses limitations fonctionnelles et décrit l'éventuelle activité adaptée, avec un aménagement horaire régulier, la nécessité de pauses et de repos, car un travail continu n'est pas recommandé chez ce patient souffrant d'une angine de poitrine ; elle ne s'est en revanche pas déterminée sur le taux d'activité résiduel compte tenu des limitations fonctionnelles, ni sur la date à partir de laquelle une telle activité serait exigible, pas plus que sur une éventuelle diminution de rendement. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimé n'a pas instruit correctement la demande du recourant sur le plan médical et que des investigations complémentaires sont indispensables, en

particulier sur le plan cardiologique. Il incombera à l'intimé de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant (insuffisance veineuse, problèmes psychiques), cas échéant par la mise en œuvre d'une expertise. 9. Le recours est partiellement admis. La décision de l'intimé est annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 10. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à CHF 1'800.- (art. 61 let. g PGA ; art.89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS/Ge E 5 10.03) 11. Au vu du sort du litige, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

A/22/2014 - 10/10 - 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.