

# **GE\_GERICHTE ATAS/1190/2019 vom 19. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1190\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1190_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1190/2019 du 19 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1190/2019 del 19 dicembre 2019

## **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), 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**

À 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).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la

A/3996/2018 - 13/24 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations, plus particulièrement si l'invalidité est survenue antérieurement au 16 septembre 2011, soit une année après l'arrivée du recourant en Suisse.

#### **E. 4.1**

Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;

#### **E. 4.2**

Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;

#### **E. 4.3**

Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

#### **E. 4.4**

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

A/3996/2018 - 22/24 -

#### **E. 4.5**

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

##### **E. 4.5.1**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

#### **E. 5**

En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

##### **E. 5.1**

dans l'activité habituelle ;

##### **E. 5.2**

dans une activité adaptée. 6. Capacité de travail

#### **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, mentale ou psychique 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).

##### **E. 6.1**

La personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 7. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi

personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

A/3996/2018 - 24/24 - 8. Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 9. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ? F. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. G. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. H. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Marie NIERMARÉCHAL

La présidente

Eleanor McGREGOR Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le

#### **E. 6.1.1**

S'agissant en particulier du diabète, cardiopathie et douleurs faciales, dans l'hypothèse où de tels diagnostics seraient posés, veuillez indiquer pour chacune de ces atteintes, si elles entraînent une diminution de la capacité de travail de 40 % au moins et si oui, depuis quelle date.

#### **E. 6.2**

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle ?

#### **E. 6.3**

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée ?

#### **E. 6.3.1**

Indiquer depuis quand une telle activité adaptée est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

#### **E. 6.4**

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

#### **E. 6.5**

Pour chaque diagnostic, préciser si la personne expertisée a présenté une période de rémission permettant une activité professionnelle ?

#### **E. 6.5.1**

Quelles sont les dates de la ou des périodes de rémission, pour chaque diagnostic.

7. Traitement

A/3996/2018 - 23/24 -

**E. 7**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. 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 LPGGA 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).

A/3996/2018 - 14/24 -

#### **E. 7.1**

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

#### **E. 7.2**

La personne expertisée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ?  
La compliance est-elle bonne ?

#### **E. 7.3**

Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

#### **E. 7.4**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

#### **E. 8**

a. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées). b. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées). c. Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en

deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2). Selon une jurisprudence constante, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2). Toutefois, si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C\_592/2015, déjà cité, consid. 3.2). La jurisprudence a également admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_697/2015, déjà cité, consid. 5). En revanche, la jurisprudence a nié l'existence d'un nouveau cas d'assurance en présence de l'aggravation d'une atteinte partiellement invalidante à la santé survenue alors que la personne intéressée ne remplissait pas les conditions d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2 et 8C\_93/2017, déjà cité, consid. 4.3.3), en cas de reprise d'une activité lucrative pendant trois ans environ avec absences fréquentes en raison de maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3.2) ou lorsqu'un assuré n'a jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 5 consid. 2c). À l'arrêt 9C\_692/2018 (déjà cité), le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans

A/3996/2018 - 15/24 - le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée. En revanche, dans le cas d'espèce, il a confirmé que la récupération d'une capacité totale de travail pendant une période de trois ans et dix mois après deux ans d'incapacité partielle due à des troubles psychiques entraînait une interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance. d. Selon la CIIAI dans sa version valable depuis le 1er janvier 2018, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (ch. 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance (ch. 1028.1). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (ch. 1034).

### **E. 8.1**

Êtes-vous d'accord avec les avis médicaux du SMR et des médecins traitants ? En particulier avec les diagnostics posés, le début de l'incapacité de travail et son évolution ? Si non, pourquoi ? 9. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes : 1. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 2. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 3. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 4. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement,

contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ? 5. De quelles ressources mobilisables la personne expertisée dispose-t-elle ? 6. Quel est le contexte social ?

## **E. 9**

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). a. 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

A/3996/2018 - 16/24 - b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient

toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **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

A/3996/2018 - 17/24 - 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).

#### **E. 11**

a. En l'espèce, le recourant est arrivé en Suisse, le 16 septembre 2010. Les parties s'accordent sur le fait qu'il souffre de trois atteintes à la santé ayant une incidence sur sa capacité de travail, l'une cardiaque, l'autre psychiatrique et la troisième de nature neurologique. En revanche, elles s'opposent quant à la date de survenance de l'invalidité, étant précisé que selon le curriculum vitae du recourant, celui-ci a travaillé en France, semble-t-il sans discontinuer, de mai 1999 à octobre 2008, à l'exception de février 2001 et de janvier à mars 2002, ce qui établit l'existence d'une capacité de travail en tout cas jusqu'en octobre 2008. L'intimé soutient que le recourant présentait déjà des complications graves de sa pathologie cardiaque en 2009, que l'atteinte neurologique est survenue en 2012 et n'entraînait pas de réelle diminution de sa capacité de travail et que ses troubles psychiques sont présents depuis 1999. Quant au recourant, il allègue que, bien qu'il souffre de troubles cardiaques depuis 2009, chacune des atteintes cardiaques est séparée par un laps de temps de plus d'une année et que depuis 2013, ses troubles sont compliqués de douleurs thoraciques oppressives continues. S'agissant des douleurs neurogènes, elles sont séquellaires à l'opération de février 2012 et sont continues. Quant au trouble psychotique, il n'est invalidant que depuis la première décompensation en juillet 2014, voire au plus tôt en 2013. b. Par arrêt du 6 juin 2017, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire afin de déterminer si ces trois pathologies sont incapacitantes et depuis quand, quelle a été l'évolution de l'incapacité de travail pour chacune d'entre elles et

s'il existe pour chacune de ces pathologies des périodes de rémission permettant une activité professionnelle. Elle a considéré que les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas de répondre à ces questions. L'intimé a requis deux nouveaux rapports médicaux de la Dresse B \_\_\_\_\_ et de la Dresse G \_\_\_\_\_. Il ressort des rapports médicaux au dossier avant l'arrêt du 6 juin 2017 que le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % depuis en tout cas 2014 pour l'affection psychique (rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2016) et depuis le 10 février 2012 pour l'affection neurologique (lettre de transfert du service de neurochirurgie du 13 mars 2012). Toutefois, il n'était pas clair de savoir si les troubles psychiques existants avant cette date étaient déjà incapacitants à 100 % et depuis quand, étant précisé que dans le même rapport, la Dresse B \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle retrouvait dans le dossier du recourant la mention d'idées paranoïaques en 2010 et que lors de la reprise du suivi en 2014, il ne s'agissait plus d'idées paranoïaques, mais d'un trouble psychotique fixé et invalidant. À cet égard, dans son rapport du 15 juillet 2013, la Dresse C \_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucun trouble

A/3996/2018 - 18/24 - psychique tout en précisant qu'au plan thymique, le recourant semblait avoir bon moral, ce qui paraissait infirmer l'existence d'une incapacité de travail avant 2014 en lien avec un trouble psychique. La Dresse B \_\_\_\_\_ n'a pas davantage précisé si l'incapacité de travail de 100 % en lien avec l'affection neurologique avait persisté après la réévaluation par le service de neurorééducation, respectivement jusqu'à quand et si elle était déjà présente avant le 10 février 2012. Par conséquent, il y a lieu d'examiner si les nouveaux rapports médicaux, respectivement les nouveaux avis du SMR répondent à ces questions et permettent de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. c. Dans son rapport du 21 février 2018, la Dresse B \_\_\_\_\_ précise que les douleurs de l'hémiface gauche quotidiennes et invalidantes sont secondaires à l'ablation du paragangliome en 2012 (février) qui s'est compliquée d'une lésion de multiples nerfs crâniens. Par conséquent, elle semble retenir la persistance d'une incapacité de travail en lien avec cette symptomatologie. Toutefois, elle ne quantifie pas l'incapacité de travail et surtout ne compare pas la situation avec celle existant avant l'opération, alors que le recourant souffrait déjà de céphalées handicapantes sans que l'on ne sache si elles étaient déjà incapacitantes en janvier 2011 lorsque les douleurs sont devenues plus intenses. S'agissant de la cardiopathie ischémique sévère, la Dresse B \_\_\_\_\_ a relevé qu'une incapacité de travail avait été posée à la suite d'une première série d'hospitalisations en 2009 (18 décembre) avec pose de quatre stents, puis pose d'autres stents en 2010 (14 décembre), 2011 (20 juin) et 2017 avec infarctus silencieux probables en 2012 et 2013. Toutefois, ni la Dresse B \_\_\_\_\_, ni aucun cardiologue n'évaluent la capacité de travail du recourant en lien avec cette affection, respectivement son évolution qui semble avoir été favorable de 2014 à 2016 en l'absence de nouvelles interventions. Enfin, s'agissant des troubles psychiatriques, elle précise que la symptomatologie délirante présente en 2013 était relativement bien compensée mais déjà fortement incapacitante pour une activité professionnelle et qu'elle a eu tendance à s'aggraver avec l'apparition d'un trouble du comportement et d'une agressivité entraînant une hospitalisation en décembre 2017. Cette précision semble confirmer l'existence d'une incapacité de travail importante déjà lors du début de son suivi le 1er novembre 2013. Toutefois, la Dresse B \_\_\_\_\_ ne précise pas quel a été le taux de l'incapacité de travail en lien avec ledit trouble depuis cette date jusqu'à la péjoration existant depuis mai 2014, ni à quelle date l'incapacité de travail a débuté et quelle a été son évolution. Dans son rapport du 22 mars 2018, la Dresse G \_\_\_\_\_ ne donne guère d'autres renseignements, si ce n'est que le recourant a subi une angioplastie le

## **E. 16**

novembre 2012. En revanche, à aucun moment dans son rapport, elle ne donne de précisions sur la capacité de travail du recourant en lien avec les pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique. Dans son avis du 19 juillet 2018, le SMR considère, sur la base du rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_, que le début de l'incapacité de travail remonte à 2009 en raison

A/3996/2018 - 19/24 - de la pathologie cardiaque, que la pathologie psychiatrique est déjà incapacitante en 2013 et que l'hypothèse émise (par la Dresse E\_\_\_\_\_) de sa présence depuis l'âge de 29 ans (en 1999) est cohérente avec ce type de pathologie. Dans son avis du 15 octobre 2018, il confirme ses conclusions et précise que la schizophrénie est durablement et totalement incapacitante au vu des difficultés avec la réalité et des difficultés interpersonnelles qui en résultent. Toutefois, le SMR ne précise pas quel est le taux de l'incapacité de travail en 2009 due à la pathologie cardiaque, ni quelle a été l'évolution de cette incapacité de travail jusqu'à la date de la décision. Son appréciation de la capacité de travail concernant l'affection psychique est basée sur une simple hypothèse, qui est au demeurant démentie par les emplois occupés par le recourant de mai 1999 à octobre 2008. Enfin, le SMR ne se prononce pas davantage sur le caractère incapacitant des troubles neurologiques avant l'intervention de février 2012, ni sur l'évolution de la capacité de travail en lien avec ces troubles jusqu'à la date de la décision. Par conséquent, une nouvelle fois, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en l'absence des précisions requises dans l'arrêt de renvoi du 6 juin 2017 sur le taux de l'incapacité de travail, le début de celle-ci et son évolution concernant chacune des pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique. 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du

## **E. 19**

mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. En l'espèce, au vu de l'absence de renseignements sur le taux de l'incapacité de travail, le début de celle-ci et son évolution concernant chacune des pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique, l'intimé aurait dû procéder à des investigations complémentaires au niveau médical, ce qu'il n'a pas fait, de sorte

A/3996/2018 - 20/24 - que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Au regard de cette situation, un renvoi à l'intimé serait justifié. Toutefois, afin d'éviter un retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'une expertise, étant précisé que la demande de prestations date du 11 décembre 2013, il convient d'ordonner une expertise judiciaire en psychiatrie, cardiologie et neurologie. \* \* \* \* \*

A/3996/2018 - 21/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale en cardiologie, psychiatrie et neurologie de Monsieur A\_\_\_\_\_. La confie au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale, à la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie de Swiss Medical Expertise (SMEX SA) à Neuchâtel.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment la Dresse B\_\_\_\_\_, la consultation ambulatoire de cardiologie des HUG, le CAPPI des Eaux-Vives et le service de psychiatrie générale des HUG. C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (selon la classification internationale en cas de troubles psychiques) Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

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