

GE_GERICHTE ATAS/129/2014 vom 29. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_129_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/129/2014 du 29 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/129/2014 del 29 gennaio 2014

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. 1.2

; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

A/1906/2013 - 8/13 -

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 17 août 2006, au point de lui ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

A/1906/2013 - 7/13 -

E. 4

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C_413/2008, consid.

E. 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). 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; ATFA non publié 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 6

a) 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.

E. 7

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). 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

A/1906/2013 - 9/13 - 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). 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). c. 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/1906/2013 - 10/13 - 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 et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

a. En l'espèce, les parties s'accordent sur le fait que le recourant présente, depuis le mois de novembre 2011, une capacité de travail nulle dans son activité antérieure de maçon ou de jardinier. En revanche, l'OAI estime que sa capacité de travail est entière depuis novembre 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en se fondant sur les différents rapports des médecins ayant examiné le recourant, ce que celui-ci conteste. b. La Cour de céans constate à titre préalable que le recourant a subi plusieurs accidents depuis l'année 2002 et notamment, après la décision sur opposition du 17 août 2006, deux nouveaux accidents en date des 29 janvier 2009 et 15 novembre 2011. Il résulte des documents au dossier antérieurs à l'accident du 15 novembre 2011 que le recourant était en mesure de travailler dès juillet 2004 à plein temps dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient essentiellement la montée et la descente d'escaliers, la position accroupie et les ports de charges. Cette capacité de travail a été confirmée lors d'un stage d'observation professionnelle en avril 2009, lequel a également permis de mettre en exergue que les activités en position prolongée et demandant de la finesse n'étaient pas exigibles. c. Lors du dernier accident du recourant intervenu en date du 15 novembre 2011, celui-ci a subi une fracture intra-articulaire peu déplacée styloïde radiale droite et une fracture de la rotule droite. En ce qui concerne l'atteinte au genou, le Dr B _____ a constaté, le 22 décembre 2011, une bonne évolution du genou, qui permettait de commencer la rééducation. Une incapacité de travail de huit à douze semaines devait être prévue dès l'accident du 15 novembre 2011, soit jusqu'au 8 mars 2012 au plus tard. Pour ce qui est des conséquences des atteintes du recourant à sa main droite, le Dr H _____ a conclu en mai 2012, que la capacité de travail de celui-ci était de 100% dans une activité sans port de charges lourdes et sans gros effort, alors que dans une activité manuelle intense, une incapacité de travail de 40% au maximum pouvait persister. Le fait qu'il a indiqué quelques mois plus tard, soit en novembre 2012, qu'une expertise était nécessaire pour déterminer la capacité de travail dans

A/1906/2013 - 11/13 - une activité adaptée, sans plus amples explications, n'est pas suffisant pour ne pas retenir ses précédentes conclusions, ce d'autant moins qu'il a déclaré que l'état de santé du recourant était resté stationnaire depuis le mois de mai 2012 et qu'une

capacité de travail existait. Eu égard aux rapports de ces deux spécialistes, le médecin du SMR a estimé, en janvier 2013, que le recourant présentait, dès novembre 2011, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le port de charges lourdes, les activités avec un effort important, la marche prolongée, la station debout et le travail en porte-à faux du tronc. Quant au Dr G _____, il a fait l'énumération, en mai 2012, de tous les accidents subis par le recourant depuis 2002 et semble retenir que seules des douleurs résiduelles du genou et du poignet droits persistaient suite à l'accident de novembre 2011. De plus, il a estimé que le recourant ne pouvait plus poursuivre ses activités de force, ce qui confirme les conclusions du Dr I _____, étant précisé que le Dr G _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En novembre 2012, il a précisé que l'état de santé était stationnaire depuis mai 2012, tout comme le Dr H _____. d. Compte tenu des divers rapports et avis précités, la Cour de céans est d'avis que les rapports des deux spécialistes – B _____ et H _____ – permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que le recourant présente une entière capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles au plus tard dès le mois de mai 2012 (rapport du Dr H _____). Les rapports du Dr G _____, qui est le médecin traitant du recourant, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des deux spécialistes, en raison du peu de clarté de ses rapports et dans la mesure notamment où il ne se prononce pas spécifiquement sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Qui plus est, les limitations fonctionnelles relevées par les médecins sont du même ordre que celles déterminées précédemment par le rapport d'observation professionnelle de mai 2009, ce qui permet également de confirmer la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Enfin, au vu des rapports de spécialistes au dossier, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire telle que requise par le recourant, soit notamment la mise en œuvre d'une expertise. Il résulte de ce qui précède que l'état de santé du recourant s'est certes aggravé suite aux nouveaux accidents, mais que cette aggravation n'a pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, cette capacité restant toujours à 100%. Partant, il n'y a pas lieu de réviser la dernière décision du 17 août 2006, dès lors que déjà à l'époque le recourant n'avait une capacité de travail que dans une

A/1906/2013 - 12/13 - activité adaptée et que ses limitations fonctionnelles étaient pour l'essentiel identiques à celles d'aujourd'hui.

E. 9

Cela étant, le recours sera rejeté.

E. 10

Le recourant étant à la charge de l'Hospice général, la Chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

A/1906/2013 - 13/13 - 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.