

GE_GERICHTE ATAS/206/2015 vom 17. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_206_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/206/2015 du 17 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/206/2015 del 17 marzo 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 - 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.

A/3373/2014 - 14/20 -

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. 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

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).

E. 4

En l'espèce, la décision litigieuse du 7 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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 Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 5

Interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 6

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que par décision du 23 janvier 2009, confirmée par arrêt du TCAS du

E. 7

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen

A/3373/2014 - 15/20 - matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 8

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-quart 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 (art. 28 al. 2 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).

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). 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

A/3373/2014 - 16/20 - 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 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). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 10

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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié

A/3373/2014 - 17/20 - sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 11

Enfin, 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).

E. 12

a. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 23 janvier 2009, confirmée par arrêt du TCAS du 7 juillet 2009, refusé au recourant le droit à une rente dès lors que la pseudarthrose de l'humérus distal gauche était compatible avec son activité habituelle de peintre en bâtiment et qu'il présentait ainsi une capacité de travail entière depuis toujours. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 juin 2012, l'intimé a retenu dans sa décision litigieuse, en se référant aux conclusions de la Dresse Q_____, médecin auprès du SMR, qu'en raison de l'aggravation de son atteinte au bras gauche, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant. b. Sur le plan orthopédique, il n'est pas contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant, droitier, présente une aggravation de son atteinte au bras gauche entraînant une incapacité de travail totale dans son activité de peintre en bâtiment (rapport du Dr N_____ du 5 novembre 2013 et rapport du Dr R_____ du 23 janvier 2014). S'agissant de l'activité exigible, seule une activité d'un travailleur monomanuel droit semblait adéquate (Dr R_____ rapport du 23 janvier 2014) et la Dresse Q_____ a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière. La chambre de céans constate toutefois qu'aucune des pièces versées au dossier ne permet de confirmer la capacité résiduelle retenue par la Dresse Q_____, et partant, par l'intimé. En effet, aucun des spécialistes en orthopédie ayant examiné le recourant, soit les Drs R_____, O_____ et M_____, ne se sont prononcés sur la question déterminante du taux de la capacité résiduelle du recourant dans une telle

A/3373/2014 - 18/20 - activité, ni sur son rendement. Qui plus est, postérieurement à l'avis de la Dresse Q_____, le Dr R_____ a constaté une dégradation nette de la situation avec l'apparition des troubles neurologiques sur le territoire du nerf radial, avec des douleurs importantes et des sensations lancinantes, entraînant des troubles du sommeil et pour lesquelles le recourant prend de façon régulière de la morphine (Dr R_____ rapport du 23 janvier 2014). Pour ce motif également, on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en se fondant uniquement sur l'avis du 2 décembre 2013 du SMR. Par ailleurs, s'il apparaît que l'infection VIH est sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport du Dr N_____ du 24 mai 2013), force est toutefois de relever que ce médecin a indiqué que le recourant présente une résistance physique limitée, ce qui, au demeurant, a été constaté à plusieurs reprises par les EPI (rapport du 30 juin 2014, p. 8, 10 et 13). Or, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer si cette faible résistance physique entraîne une répercussion sur la capacité de travail résiduelle du recourant ou sur son rendement. On relèvera encore que le Dr N_____ estimait nécessaire d'évaluer le recourant sur le plan neuropsychologique dès lors qu'une telle évaluation pouvait, selon lui, révéler des troubles cognitifs limitant encore davantage la capacité de travail du recourant (rapport du 5 novembre 2013). Or, cette évaluation n'a pas été effectuée alors que le recourant s'est plaint notamment d'une mémoire déficiente (rapport des EPI du 30 juin 2014, p. 6). La chambre de céans ne peut ainsi déterminer, en l'état du dossier, si le recourant présente effectivement des troubles cognitifs, et le cas échéant, s'ils ont des répercussions sur sa capacité de travail. Enfin, s'agissant des problèmes de comportement du recourant pendant le stage d'orientation professionnelle et le stage d'entraînement aux activités industrielles légères, la chambre de céans rappellera que les experts psychiatriques avaient notamment diagnostiqué, dans leur rapport du 30 octobre 2008, des modifications durables de la personnalité du recourant se traduisant par des difficultés relationnelles et un retrait social limitant sa capacité d'intégration socio-professionnelle et favorisant l'inobservation des prescriptions médicales. A cet égard, le TCAS avait retenu dans son arrêt du 7 juillet 2009 que moyennant une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique et l'adaptation de l'environnement professionnel aux limitations socio-professionnelles, la capacité de travail du recourant n'était pas entravée de manière importante (ATAS/881/2009). Or, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer si le recourant a suivi un tel traitement, et le cas échéant, quel en a été le résultat. Il conviendrait également de déterminer si les problèmes de comportement du recourant pendant les mesures professionnelles sont dus aux troubles psychiques constatés par les experts. c. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater que la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé dont souffre le recourant, leurs éventuelles

A/3373/2014 - 19/20 - limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail résiduelle, et partant, sur son degré d'invalidité.

E. 13

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme notamment d'une expertise médicale indépendante auprès de médecins spécialisés en orthopédie, en neuropsychologie, en psychiatrie et en infectiologie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise de ces troubles n'a été réalisée par l'intimé dans le cadre de la deuxième demande

de prestations. Il appartiendra ensuite à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

E. 14

Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

E. 15

Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 16

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3373/2014 - 20/20 - 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.