

## **GE\_GERICHTE ATAS/281/2018 vom 3. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_281\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_281_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/281/2018 du 3 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/281/2018 del 3 aprile 2018

### **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.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

#### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

#### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En outre, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée – qui circonscrit l'objet de la contestation – maintient le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité d'août 2012 à mars 2015 et lui accorde une rente entière dès le mois d'avril 2015. Elle ne se prononce en revanche pas sur son droit à une rente pour la période antérieure au 1er août 2012. Partant, le litige ne porte que sur le droit du recourant à une rente entière plutôt qu'à une demi-rente, pour la période courant du 1er août 2012 au 31 mars 2015. En revanche, il n'appartient pas à la chambre de céans

d'examiner si le recourant pourrait prétendre à une rente entière d'invalidité avant le mois d'août 2012, dès lors que cette question ne fait pas l'objet de la décision attaquée et partant, excède l'objet du litige.

A/1329/2017 - 16/24 -

#### **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; 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. 6**

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.

#### **E. 7**

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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/1329/2017 - 17/24 - 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). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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 révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. 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). En vertu de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

## **E. 8**

a. 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). b. 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). c. 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

A/1329/2017 - 18/24 - 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). d. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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. 9**

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 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). 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). 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). 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

A/1329/2017 - 19/24 - 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 ; SVR 2008 IV n. 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

### **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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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. À titre liminaire, il convient de rappeler que, dans sa décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OAI avait réduit la rente entière d'invalidité octroyée à l'assuré, en la remplaçant par une demi-rente. Par arrêt du 27 février 2007 (ATAS/215/2007), le TCAS avait confirmé cette décision par substitution de motifs, constatant que la décision initiale d'octroi d'une rente entière était erronée dès lors que seule une incapacité de travail de 50% aurait dû être retenue. Se fondant sur les expertises des Drs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, la juridiction cantonale avait retenu une capacité résiduelle de travail de 50% depuis 1997 dans toute activité adaptée. b. Dans sa décision du 30 juin 2014, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr S\_\_\_\_\_. Après avoir retenu, entre autres, les diagnostics de discopathies L4-L5 et L5-S1, d'arthrose facettaire L5-S1, de protrusion discale paramédiane gauche L2-L3, de hernie discale C3-C4 droite, d'arthrose du carpe gauche et de syndrome fémoro-patellaire modéré bilatéral, cet expert a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1er août 2012 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. c. Dans son arrêt du 14 mars 2016 (ATAS/207/2016), la chambre de céans a annulé la décision du 30 juin 2014 et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète l'instruction. Elle a relevé que l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ examinait de manière circonstanciée les points litigieux, se fondait sur des examens complets, prenait en considération les plaintes du recourant et avait été établie en pleine

A/1329/2017 - 20/24 - connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical était par ailleurs claire. Cependant, l'expert avait omis de motiver le taux d'incapacité de travail retenu, de sorte qu'il y avait lieu de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle invite l'expert à le faire. À l'occasion de ce complément d'instruction, il appartiendrait à l'OAI de prendre en considération les nouvelles atteintes diagnostiquées postérieurement à la décision du 30 juin 2014 et d'examiner l'opportunité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Pour le reste, la chambre de céans a écarté les critiques formulées contre l'expertise par le recourant et son médecin traitant, ressortant notamment du rapport que ce praticien avait établi le 31 juillet 2014 (cf. ATAS/207/2016 consid. 11b). d. Suite à ce renvoi, l'OAI a invité l'expert S\_\_\_\_\_ à exposer les éléments sur lesquels il s'était fondé pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce que ce dernier a fait dans un rapport du 20 juillet 2016. Par ailleurs, l'administration a invité les médecins consultés par l'assuré à lui transmettre de nouveaux rapports. Sur la base des documents obtenus, le SMR a conclu, dans un avis du 24 janvier 2017 que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis le mois de janvier 2015, c'est-à-dire depuis la première des deux interventions chirurgicales qu'il avait alors subies au niveau lombaire. Malgré ces opérations, les lombosciatalgies avaient perduré et en 2016, elles s'étaient accompagnées d'un déficit moteur L5, de troubles de la marche et d'une diminution de la force du membre inférieur gauche. Une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs avait encore compliqué la situation et enfin, le Dr AB\_\_\_\_\_ avait fait état d'un épuisement des ressources psychiques. Le SMR en a tiré la conclusion que l'assuré n'était plus capable d'exercer la

moindre activité professionnelle depuis le mois de janvier 2015. Il a par ailleurs jugé qu'une expertise psychiatrique était inutile.

#### **E. 12**

Dans la décision attaquée, l'OAI retenu une capacité de travail nulle dès le 1er janvier 2015 et accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2015, trois mois après l'aggravation de son état de santé. Pour la période antérieure, d'août 2012 à mars 2015, elle a maintenu son droit à une demi-rente d'invalidité. De son côté, le recourant requiert le versement d'une rente entière d'invalidité dès le 27 février 2010, soit depuis que l'administration lui aurait indiqué que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas opportunes. Il reproche à l'intimé de s'être exclusivement fondé sur les rapports versés au dossier en 2015 et 2016, sans tenir compte des documents antérieurs. Il souligne avoir souffert de problèmes respiratoires depuis 2010 et ajoute que depuis 2012, il a subi de nombreuses infiltrations dorsales et cervicales et a perdu 90% de la vue avec son œil gauche. Il ne peut au demeurant pas prendre la plupart des antalgiques, car il ne dispose plus que d'un seul rein.

#### **E. 13**

a. D'emblée, il convient de rappeler que dans la mesure où la décision attaquée ne statue pas sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1er août 2012, cette question excède l'objet du litige et n'a pas à être

A/1329/2017 - 21/24 - tranchée dans le cadre du présent arrêt (cf. supra consid. 4). On se limitera à observer que contrairement à ce que semble considérer le recourant, le fait que l'administration ait renoncé à mettre en œuvre des mesures professionnelles en 2010 (parce qu'il s'y opposait), ne saurait justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de février 2010. b. S'agissant de la période courant dès le 1er août 2012, la chambre de céans constate que l'expert S\_\_\_\_\_ a dûment exposé les motifs pour lesquels il avait reconnu à l'assuré, depuis lors, une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité adaptée. Il a précisé que cette évaluation reposait tant sur les constatations cliniques ressortant de son examen médical que sur son observation de l'assuré. À cet égard, il a relevé que l'intéressé avait été capable de rester assis pendant près de septante minutes, de se dévêtir puis de se vêtir seul, mais également de se déplacer sans boiterie. La mobilité de ses hanches était conservée, malgré l'existence d'un léger syndrome rachidien cervical et lombaire. L'assuré avait en outre pu marcher sans difficultés sur la pointe des pieds et sur les talons, même si l'examen neurologique avait mis en évidence des troubles sensitifs du membre supérieur, respectivement du membre inférieur gauche. Selon l'expert, l'examen clinique avait mis en évidence une légère aggravation depuis l'expertise du CEMed de 2009, notamment au niveau du rachis cervical et lombaire, mais pas de répercussions fonctionnelles majeures au niveau de la main gauche, des genoux et de la hanche gauche. C'était sur la base de ces constatations objectives qu'il avait chiffré la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que celle de télésurveillance, étant précisé que ce taux tenait déjà compte du rendement diminué de l'assuré. À la lumière des explications complémentaires qu'il a données, force est d'admettre que l'expert S\_\_\_\_\_ a motivé à satisfaction de droit ses conclusions sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Elles coïncident au demeurant avec celles du médecin-traitant de l'assuré, lequel avait également attesté, dans son rapport du 1er octobre 2012, une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée. Pour le reste, l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ répond aux

autres réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux, comme la chambre de céans l'a déjà relevé dans son arrêt antérieur (ATAS/207/2016 du

#### **E. 14**

En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle maintient le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité du 1er août 2012 au 31 mars 2015, puis lui accorde une rente entière dès le 1er avril 2015. Mal fondé, le recours est rejeté.

#### **E. 15**

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, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1329/2017 - 23/24 -

\*\*\*

A/1329/2017 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du

#### **E. 17**

juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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