

GE_GERICHTE ATAS/289/2010 vom 11. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_289_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/289/2010 du 11 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/289/2010 del 11 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.

E. 3

Le recours, formé le 29 juin 2007 contre la décision du 29 mai 2007 l'a été dans le délai de 30 jours requis (art. 39 al. 1 et 60 al. 1 et 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, il est donc recevable (cf. art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut se voir accorder des prestations de l'assurance-invalidité, notamment sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assu-

A/2568/2007 - 12/18 - ré 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 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. 6

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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

A/2568/2007 - 13/18 - 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).

E. 7

Etant donné que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, il convient tout d'abord d'examiner s'il existe en l'espèce des contradictions ou des opinions contraires susceptibles de permettre de douter des conclusions des experts. La Dresse T_____ a relevé l'existence de douleurs latérales intenses au niveau de la hanche gauche, apparaissant surtout lorsque l'assuré est debout ou marche (cf. son rapport du 15 octobre 2009). Le médecin a également constaté une diminution de mobilité importante au niveau de l'épaule droite (abduction de 60° [contre 120° à gauche], antépulsion de 80° à droite [contre 140° à gauche], distance pouce-C7 de 55 cm à droite [contre 30 cm à gauche]), une restriction de la mobilité du coude gauche et des douleurs extrêmes à la mobilisation de la hanche gauche, entraînant d'importantes restrictions. Les radiographies auxquelles l'expert a fait procéder le 13 août 2009 ont corroboré les plaintes de l'assuré puisqu'elles ont révélé des troubles dégénératifs sous forme de modifications arthrosiques (discopathies dégénératives étagées de C5 à C7, hyperlordose, omarthrose importante post-rupture de la coiffe des rotateurs et arthrose modérée du coude gauche). Les experts ont souligné que les plaintes relatives à la hanche gauche étaient au premier plan et avaient provoqué une limitation douloureuse apparue progressivement depuis 2005-2006 et une invalidité depuis début 2007. Quant à l'atteinte oculaire - dont il a été précisé qu'elle était stabilisée depuis l'opération du 13 septembre 2005 -, ils ont estimé qu'elle n'empêchait pas l'exercice à plein temps d'une activité adaptée. Enfin, les experts ont indiqué que l'omarthrose droite présente depuis 2004-2005 au moins interdisait les mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges de plus de 5 kg. Sur la base de ces éléments, les experts ont finalement conclu à une incapacité de travail totale tant qu'une prothèse de la hanche gauche n'aurait pas été posée, raison pour laquelle ils ont préconisé de procéder à une réévaluation de la capacité de travail après l'intervention, dont ils ont émis l'avis qu'elle pourrait apporter une amélioration notable de l'état clinique, sans toutefois résoudre les autres problèmes orthopédiques. Ils ont souligné que l'arthrose mise en évidence aux niveaux de l'épaule droite, du coude gauche et de la colonne cervicale devrait être prise en considération pour évaluer cette capacité. S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont retenu que l'assuré devait éviter toute activité nécessitant une vision stéréoscopique, des mouvements répétitifs des membres supérieurs, des déplacements de plus de 5 à 10 minutes ou encore le port de charges de plus de 5 kg.

A/2568/2007 - 14/18 - Cependant, force est de constater qu'aucun élément objectif ne ressort du rapport des experts qui permettrait de justifier une totale incapacité de travail dans toute activité d'octobre 2005 (fin de l'incapacité de travail attestée par le Dr L_____) à fin 2006. En effet, ce n'est qu'à compter de 2007 que l'atteinte à la hanche gauche a entraîné une invalidité complète et ce n'est que depuis 2004-2005 que l'omarthrose entraîne des limitations fonctionnelles (sans d'ailleurs conduire à une invalidité totale). Hormis ce point, les conclusions des experts procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Les réponses qu'ils ont apportées aux questions posées par le Tribunal de céans sont par ailleurs complètes et convaincantes. Leur rapport ne contient en outre ni contradictions, ni défauts manifestes. Par conséquent, le Tribunal retiendra, sur la base de leurs conclusions, qu'en raison de l'atteinte oculaire, le recourant a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité du 28 octobre 2004 au 30 septembre 2005 (soit jusqu'au terme de l'arrêt de travail attesté par les HUG) et à nouveau depuis début 2007 et ce,

jusqu'à ce que soit posée une prothèse de hanche. Contrairement à ce que soutient l'intimé, il y a lieu de tenir compte de cette dernière atteinte car le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Or, la décision sur opposition litigieuse date du 29 mai 2007, de sorte qu'elle est postérieure tant à la manifestation douloureuse de l'omarthrose qu'à l'invalidité entraînée par l'atteinte à la hanche. L'avis des médecins du SMR, selon lesquels il faudrait admettre une capacité résiduelle de travail dès mars 2005 déjà (soit un mois après l'opération du 4 février 2005), ne saurait être suivi dans la mesure où il fait fi de celui émis par le spécialiste. En effet, le Dr L_____ a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 14 mai 2005 et ce, avant même d'avoir eu connaissance des nouvelles opérations subies par le recourant les 23 août et 13 septembre 2005, lesquelles ont encore prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 septembre 2005. Quant l'argument du Dr U_____ selon lequel les atteintes à l'épaule droite et à la hanche gauche ne devraient pas être prises en considération parce que survenues postérieurement à la décision litigieuse, il méconnaît le fait que la décision en question n'est pas la première rendue par l'intimé mais bien celle rendue sur opposition, en date du 29 mai 2007, soit postérieurement à l'apparition des atteintes en question. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant pour sa part, on constatera que l'avis du Dr R_____ - qui conclut à une capacité entière à exercer une activité adaptée - ne sont pas en contradiction avec les constatations du Dr P_____. En effet, le fait de ne plus disposer de l'une vision monoculaire n'empêche nul-

A/2568/2007 - 15/18 - lement l'exercice d'une activité professionnelle, l'utilisation de l'œil gauche permettant de compenser la perte totale de vision à droite. Qui plus est, les conclusions de l'expert sont confirmées par le Dr L_____, lequel a également admis l'exigibilité d'une activité adaptée exercée à plein temps avec diminution de rendement. Les conclusions du Dr P_____, en revanche, ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où ce médecin les justifie essentiellement par des éléments tels que l'âge de l'assuré, son absence de formation ou encore sa méconnaissance du français et non par des motifs médicaux objectifs. Or, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés du recourant liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c p. 21, ATFA non publiés I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246 et I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2). On ajoutera encore, s'agissant des conclusions du Dr P_____, que les autres pathologies mentionnées par ce dernier n'ont nullement été considérées comme invalidantes par les autres médecins interrogés et que le Dr P_____ ne donne d'ailleurs aucune explication sur leur prétendu caractère invalidant. Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans est donc conforté dans la conviction que l'on doit en tous les cas admettre une incapacité totale à exercer la moindre activité du 28 octobre 2004 au 30 septembre 2005, puis à nouveau depuis le début de l'année 2007.

E. 8

Reste à examiner ce qu'il en est de la période du 1er octobre 2005 au 31 décembre 2006 et plus particulièrement la question de savoir si l'on peut considérer que, durant cette période où ni l'atteinte oculaire ni celle à la hanche ne justifiaient d'incapacité de travail dans une activité adaptée, cette capacité aurait tout de même été influencée par les diverses autres affections ostéo-articulaires dont souffrait le recourant. A cet égard, ce dernier invoque des lombalgies récidivantes et une perte de mobilité. Cependant, dans son rapport du 20 mai 2005, la Dresse N_____ soulignait que la demande de prestations déposée par son patient n'était motivée que par la seule atteinte oculaire. Selon elle, les membres inférieurs étaient sans particularités et la mobilité du rachis « en ordre ». Elle mentionnait certes des lombalgies et une périarthrite de la hanche présentes depuis 2000-2001 mais en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin indiquait que

A/2568/2007 - 16/18 - l'omarthrose droite, en revanche, avait pour conséquence une limitation de l'élévation et de la rotation interne et externe. Les experts du CEMED ont quant à eux indiqué que l'omarthrose droite en question était présente depuis 2004-2005 au moins et qu'elle interdit les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de 5 kg. A ces limitations, s'ajoutaient celles induites par la perte de vision, à savoir l'impossibilité d'exercer une activité nécessitant une vision stéréoscopique, de travailler en hauteur, de parcourir plus de 500 mètres à pied, d'utiliser des outils dangereux, d'effectuer un travail de précision ou encore de travailler dans un environnement exposé au froid et aux poussières (cf. également sur le rapport du CIP du 28 novembre 2007 et celui du Dr V_____ du 20 septembre 2007 qui, bien que postérieurs à la décision litigieuse, contiennent également quelques éléments pertinents sur les limitations fonctionnelles en relation avec les troubles existant à l'époque de la décision dont est recours). On peut conclure des différentes évaluations qui ont été menées que, durant la période du 1er octobre 2005 au 31 décembre 2006, on pouvait exiger du recourant qu'il exerçât à plein temps une activité adaptée c'est-à-dire correspondant aux limitations rappelées supra. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329 et RCC 1989 p. 328). En l'espèce, étant donné que seules des activités légères et répétitives auraient pu entrer en considération et que bon nombre d'entre elles impliquent des mouvements répétitifs - dont il a été admis qu'il devait les éviter -, des activités de contrôle ou de précision - qui lui sont impossibles en raison de sa vision réduite -, ou encore le

A/2568/2007 - 17/18 - contact avec des poussières - qu'il doit éviter -, on peine à imaginer au vu des diverses limitations de l'intéressé, quelle activité pourrait entrer en ligne de compte, d'autant qu'une activité à l'écran est également exclue vu les problèmes d'irritation qu'il rencontre au niveau de son œil, tout comme une activité de chauffeur-livreur - qui nécessite une vision stéréoscopique. Enfin, s'ajoute l'influence de l'âge, du défaut de formation et des difficultés linguistiques du recourant sur le revenu qu'il pourrait hypothétiquement réaliser. Dès lors, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé à charge pour ce dernier d'examiner concrètement quels emplois pourraient entrer en considération et à quel taux d'activité l'assuré pourrait les exercer eu égard à tous les éléments qui viennent d'être rappelés. La réponse à cette question déterminera le début du droit du recourant à une rente d'invalidité. En effet, s'il existe une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et personnelles, il n'aura droit à une rente d'invalidité qu'à partir du 1er janvier 2008 puisque l'incapacité de travail due aux troubles oculaires aura duré moins d'une année (art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En revanche, si tel n'est pas le cas, le recourant aura droit à une rente d'invalidité dès le 1er novembre 2005.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 24 février 2006 ainsi que du 29 mai 2007 sont annulées au sens des considérants. Le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2008. Pour le reste, le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision concernant la période antérieure (du 1er octobre 2005 au 31 décembre 2007). Le recourant obtient partiellement gain de cause de sorte qu'une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (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 1'000 fr.

A/2568/2007 - 18/18 -