

GE_GERICHTE ATAS/294/2016 vom 18. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_294_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/294/2016 du 18 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/294/2016 del 18 aprile 2016

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/1407/2014 - 12/19 -

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé a subi une aggravation influant sur son droit aux prestations depuis la dernière décision au fond de l'intimé.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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'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. 28 al. 2 LAI).

E. 6

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui

A/1407/2014 - 13/19 - offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2 et 3.4).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 8

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la

A/1407/2014 - 14/19 - rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2).

E. 9

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au

A/1407/2014 - 15/19 - 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). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 10

Il convient en l'espèce de déterminer si le recourant a subi une aggravation déterminante de son état de santé depuis le 28 juin 2011, date de la dernière décision reposant sur un examen de son droit aux prestations. Dans ce contexte, il convient d'examiner les différents rapports médicaux versés au dossier depuis lors. En ce qui concerne en premier lieu le rapport de la Dresse N_____, il apparaît que ce médecin n'a pas eu accès à l'intégralité du dossier du recourant, ce qui permet déjà d'émettre des doutes quant à la valeur probante de ses conclusions. Sur le fond, elle semble avoir exclu un diagnostic expliquant les gonalgies, en se fondant simplement sur le fait que le Dr H_____ avait écarté leur origine méniscale pour émettre l'hypothèse d'une chondropathie rotulienne bilatérale, sans toutefois que ce dernier procède aux examens radiologiques du genou droit qui auraient permis de vérifier ou d'infirmer cette hypothèse. Or, à l'évidence, l'absence d'IRM du genou droit n'est pas un motif suffisant pour nier une atteinte de cette articulation. La Dresse N_____ a également exclu une pathologie de l'épaule, en affirmant qu'il existait une discrépance radio-clinique puisque les symptômes indiquaient une tendinopathie du long biceps plutôt que la tendinopathie du sus-épineux évoquée par l'échographie de 2013. Toutefois, si son examen tendait à révéler une atteinte différente de celle ressortant des documents d'imagerie, la rhumatologue ne pouvait se contenter de les balayer toutes deux d'un revers de la main sans autre mesure d'investigation clinique. On comprend également mal qu'elle ait qualifié la bursite d'asymptomatique, alors que le recourant se plaint de douleurs aux épaules. Enfin, la Dresse N_____ a affirmé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle liée

A/1407/2014 - 16/19 - aux problèmes dorsaux du recourant, se distançant ainsi de tous ses confrères. Au vu de cette divergence d'opinion, il eut à tout le moins été nécessaire que ce médecin motive de manière circonstanciée ses conclusions, ce qu'elle a omis de faire. Eu

égard à tous ces éléments, le rapport de la Dresse N_____ ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Cela étant, l'intimé ne s'est pas rallié aux conclusions de la clinique Corela (selon avis du SMR du 28 octobre 2013) – malgré ses observations contradictoires du 26 mars 2015 – si bien que les critiques du recourant sur la prise en considération de cette expertise tombent à faux. Le recourant se prévaut en outre des conclusions du Dr K_____. Ce médecin a signalé une aggravation de l'état de santé en mars 2013, liée à une atteinte au genou et à un état dépressif moyen à sévère. Dans son rapport du 8 avril 2014, il a relevé les échecs rencontrés par le recourant lors des tentatives de réadaptation, ainsi qu'une augmentation des douleurs associée à un trouble du sommeil et un trouble de l'humeur. S'agissant en premier lieu du trouble de l'humeur, le spécialiste consulté par le recourant a indiqué au Dr K_____ que le trouble dépressif de gravité moyenne n'était pas invalidant. Lors de son audition par la chambre de céans, le Dr P_____ a confirmé que dans une activité adaptée aux aptitudes du recourant, le trouble psychique – lequel avait au demeurant connu une amélioration en 2014 – n'était pas invalidant. Quant à l'augmentation des douleurs signalée par le Dr K_____, elle ne correspond pas à une dégradation objectivable puisqu'il n'existe pas d'aggravation des atteintes existantes par rapport à 2011, période à laquelle il admettait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le médecin traitant a du reste déclaré lors de son audition que l'intensité des douleurs alléguée n'était pas corroborée par les examens radiologiques, et l'absence d'explication organique à celles-ci l'a du reste conduit à envisager leur origine psychique et à référer le recourant au Dr P_____. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 86/05 du 29 août 2006 consid. 5.2). En l'espèce, les douleurs dorsales du recourant n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée en 2011 selon le Dr K_____, de sorte qu'on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il affirme que la part objectivable de ces douleurs suffit à reconnaître une invalidité. Il est vrai que le recourant a depuis développé des gonalgies, dont l'origine n'a pu être déterminée avec exactitude. Cependant, un nouveau diagnostic ne constitue pas encore en lui-même une aggravation ou une modification notable de l'état de santé ou des circonstances entourant le droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, dès lors

A/1407/2014 - 17/19 - que seule la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.1). En l'espèce, cette atteinte a été retenue par l'intimé, puisqu'il a ajouté aux limitations fonctionnelles déjà prises en compte l'impossibilité de la marche prolongée ou en terrain irrégulier et l'exclusion de la station debout prolongée, et qu'il a précisé que seul un travail sédentaire était envisageable. Or, ces limitations ne sont pas telles qu'elles réduisent à néant l'éventail des postes de travail adaptés et accessibles sans formation spécifique, si bien que le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé – qui se fonde sur la moyenne des revenus tirés d'activités simples et répétitives comprenant des activités sédentaires – ne doit pas être remis en cause sur ce point. Quant à l'échec de la réadaptation, la seule reprise d'activité ressortant du dossier est celle de nettoyeur dans les trains. Il ne paraît guère discutable que cette profession est incompatible avec les limitations fonctionnelles du recourant, comme l'admet

du reste le SMR. Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que cette réinsertion n'ait pas été couronnée de succès, et ce fait ne suffit ainsi pas à conclure qu'une reprise du travail dans une activité adaptée se solderait par un échec. S'agissant des conclusions des spécialistes de la réadaptation, on rappellera que selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Cependant, en l'espèce, les observations à l'occasion des stages ne sauraient primer sur les constatations des médecins, contrairement à ce qu'allègue le recourant. En premier lieu, le stage mis en œuvre par l'OCE n'a pas révélé des limitations fonctionnelles ignorées ou en contradiction avec les atteintes retenues par les médecins. De plus, ses conclusions se fondent essentiellement sur les douleurs du recourant, soit un élément essentiellement subjectif. De plus, les spécialistes de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG avaient déjà conclu en 2008 à l'impossibilité pour le recourant de se réinsérer sur le marché primaire du travail en raison de ses douleurs. Cela n'a pourtant pas empêché le recourant de reprendre une activité physiquement contraignante de nettoyeur dans les trains pendant plus de neuf mois de 2011 à 2012, ce qui relativise la portée des constats des professionnels de la réadaptation, auxquels on ne saurait ainsi conférer une importance prépondérante par rapport aux avis médicaux. Eu égard à tous ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé a nié la survenance d'une aggravation de l'état de santé du recourant dans une mesure influant sur le droit aux prestations.

A/1407/2014 - 18/19 -

E. 11

Le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. La chambre de céans n'y fera cependant pas droit. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire paraît superflue.

E. 12

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant supporte l'émolument de CHF 200.-

A/1407/2014 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :