

GE_GERICHTE ATAS/324/2018 vom 17. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_324_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/324/2018 du 17 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/324/2018 del 17 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 force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

E. 5

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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 (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but A/1546/2017 - 20/24 - de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). 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).

E. 6

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. 7

a) Pour trancher le droit aux prestations 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

A/1546/2017 - 21/24 - 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 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. 8

Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le

A/1546/2017 - 22/24 - résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

E. 9

En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur les conclusions des Drs S_____ et T_____, aux termes desquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le fond, le rapport de ces médecins appelle les remarques suivantes. S'agissant du volet psychiatrique, l'examinatrice s'est contentée de nier la présence de plusieurs symptômes de troubles psychiques dans son statut, lequel tient sur moins d'une page. Cette énumération des troubles qui ne sont pas constatés n'est cependant étayée par aucune observation concrète motivant l'exclusion de ces diagnostics. En effet, les seuls éléments ayant trait à la personne du recourant mentionnés par la Dresse T_____ sont qu'il parle avec un accent et qu'il est plaintif et démonstratif. Son rapport s'avère ainsi par trop laconique pour emporter la conviction. S'agissant des diagnostics posés, on comprend en outre mal comment la psychiatre peut exclure sans autre explication le diagnostic de

majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, alors qu'elle affirme par ailleurs que le recourant amplifie verbalement ses plaintes. Elle n'a pas non plus exposé sur quels éléments se fondait le diagnostic de rémission de la perturbation de l'activité et l'attention sous traitement médicamenteux, qui n'est relié à aucune constatation clinique. Elle a par ailleurs évoqué une vie sociale normale et de bonnes ressources d'adaptation chez le recourant, qui bénéficierait du soutien de sa famille. En l'absence de toute description dans l'anamnèse ou dans le status qui permettrait de corroborer ces propos, on peine à en apprécier la pertinence. Il eût en outre été utile que la Dresse T_____ détaille les divergences qu'elle affirme avoir constatées entre le comportement de l'assuré et les observations des médecins. Enfin, cette psychiatre se réfère à de brèves aggravations ponctuelles en 2015 et 2016, suivies d'améliorations. Or, on ignore sur ce point également à quels événements elle se réfère, puisque l'anamnèse ne contient aucune indication sur l'évolution de la santé psychique du recourant durant cette période. Du point de vue rhumatologique, le Dr S_____ a relevé que l'IRM révélait nouvellement des signes dégénératifs du rachis cervical. Sa conclusion, selon laquelle cette atteinte aurait pu théoriquement empêcher l'assuré d'exercer une activité adaptée pendant un ou deux mois, mais pas de manière durable, est cependant sibylline. En effet, dès lors qu'un phénomène dégénératif tend en général à s'aggraver avec le temps, à défaut d'explication concluante de l'expert, on ne comprend pas comment il cesserait de déployer des effets sur la capacité de gain après deux mois. On ignore en outre pourquoi le rhumatologue qualifie les

A/1546/2017 - 23/24 - limitations de théoriques, puisque les atteintes du rachis ressortant des documents d'imagerie sont bien réelles. Eu égard aux éléments qui précèdent, sur le fond, le rapport des Drs T_____ et S_____ ne constitue pas une base fiable permettant de déterminer la capacité de travail et de gain du recourant, et partant son degré d'invalidité. En outre, même si ce document devait se voir conférer une pleine valeur probante, force est de constater que l'intimé ne s'est pas conformé aux principes dégagés par le Tribunal fédéral relatifs au droit d'un assuré d'être entendu sur les experts pressentis et leur mission. En effet, il n'a pas donné l'occasion au recourant de se déterminer sur la désignation des médecins examinateurs et sur les questions qui leur seraient posées. Dans la mesure où le rapport de ces derniers constitue un élément essentiel du dossier, il s'agit là d'une violation grave du droit d'être entendu du recourant, que la pleine cognition de la chambre de céans ne suffit pas à pallier. Partant, elle justifie un renvoi à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise en procédant conformément aux réquisits jurisprudentiels en matière de droits de participation des assurés, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations du recourant.

E. 10

Le recours est partiellement admis. Le recourant, qui n'est pas représenté, 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), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-. * * * * *

A/1546/2017 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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