

# **GE\_GERICHTE ATAS/383/2011 vom 18. April 2011**

GE Cour de justice, 2011-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_383\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_383_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/383/2011 du 18 avril 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/383/2011 del 18 aprile 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestation suite à l'incapacité de travail totale du recourant depuis le 1er juillet 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 2**

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du

### **E. 3**

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

A/3595/2010 - 8/13 - 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain

totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

#### **E. 4**

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

#### **E. 5**

Selon l'art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à

A/3595/2010 - 9/13 - se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance- invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre

fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265; ATFA du 13 juin 2007; cause I 552/2006). En particulier, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110).

## **E. 6**

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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

A/3595/2010 - 10/13 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions:

A/3595/2010 - 11/13 - soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

#### **E. 7**

En l'espèce, la Cour de céans constate que la situation médicale du recourant n'est pas claire. D'une part, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une tendinopathie calcifiée du sus-épineux de l'épaule gauche et capsulite rétractile justifiant une incapacité de travail depuis l'automne 2008 (avis des 21 avril et 2 septembre 2009) et n'autorisant pas une reprise de l'activité de polisseur en bijouterie (avis des 1er mars, 8 novembre et 8 décembre 2010), les Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ ont constaté une capsulite rétractile (avis du 7 octobre 2010), le Dr S\_\_\_\_\_ a relevé que l'activité de polisseur n'était pas possible, que des travaux de classement à temps partiel étaient uniquement envisageables (avis du 18 janvier 2011) et le Dr P\_\_\_\_\_ de la détection précoce a relevé que l'atteinte était incompatible avec la profession de l'assuré (avis du 2 juillet 2009). D'autre part, le SMR a estimé, sans examiner l'assuré, que l'activité habituelle était exigible à 100 % ainsi que toute activité légère, sans port de charge ou de travail avec le membre supérieur gauche éloigné du corps ou au dessus du plan des épaules (avis des 25 novembre 2009, 9 novembre 2010 et 14 février 2011).

#### **E. 8**

Au vu de ces avis médicaux divergeants, il convient d'ordonner une expertise rhumatologique judiciaire, laquelle sera confiée à la Dresse V\_\_\_\_\_, FMH spécialiste en rhumatologie, à Genève.

A/3595/2010 - 12/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse V\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire

prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. F\_\_\_\_\_. c. Examiner M. F\_\_\_\_\_. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quelles sont les plaintes de M. F\_\_\_\_\_ ? g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. F\_\_\_\_\_ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? i. M. F\_\_\_\_\_ suit-il un traitement adéquat ? j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? k. Compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité de polisseur est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? En particulier une activité de rhodiage, de contrôle ou de nettoyage des pièces de bijouterie est-elle adaptée ? Si oui, depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

A/3595/2010 - 13/13 - 1. Etes-vous d'accord avec les avis du SMR des 25 novembre 2009, 9 novembre 2010 et 14 février 2011 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail à 100 % dans l'ancienne activité de polisseur et dans toute activité adaptée ? Si non, pourquoi ? m. Quel est le pronostic ? n. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance- invalidité, soit le 24 septembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? o. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? p. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le

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