

# **GE\_GERICHTE ATAS/410/2017 vom 24. Mai 2017**

GE Cour de justice, 2017-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_410\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_410_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/410/2017 du 24 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/410/2017 del 24 maggio 2017

## **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**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/3255/2016 - 6/13 - En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

### **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).

## **E. 6**

a) 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. b) 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). 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). c) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en

A/3255/2016 - 7/13 - moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 LPGA.

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

## **E. 8**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir 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. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

A/3255/2016 - 8/13 - collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

## **E. 9**

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, 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 (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p.

64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

#### **E. 10**

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 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. 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. Il est certes

A/3255/2016 - 9/13 - possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du

#### **E. 12**

a) En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que le recourant a souffert de problèmes cardiaques ayant nécessité un triple pontage aorto-coronarien le

A/3255/2016 - 10/13 - 10 janvier 2013 et une angioplastie avec pose de stent de l'artère coronaire droite et du pont veineux le 23 janvier 2015. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant, le recourant a été hospitalisé aux HUG du 7 janvier 2013 au 18 janvier 2013 (rapport du 25 juin 2014). Il a attesté des incapacités de travail à 100% du 23 octobre 2013 au 29 octobre 2013, 50% du 18 novembre 2013 au 16 décembre 2013, 100% du 16 décembre 2013 au 5 janvier 2014 et 100% du 3 mars 2014 au 9 mars 2014, date depuis laquelle le recourant n'exerce plus d'activité. Le médecin traitant indique que son patient présente des thoracalgies lors des travaux répétitifs et le port de charges, ainsi qu'une fatigabilité qui l'empêchent d'assumer une activité professionnelle dans la durée (plus que quatre heures). Le rendement est réduit. La capacité de travail dans une activité adaptée doit être réévaluée en fonction de l'évolution. La Dresse D\_\_\_\_\_, dans son premier rapport du 16 juillet 2014, a diagnostiqué un status post-triple pontage aorto-coronarien le 10 janvier 2013. Elle a prescrit un traitement médicamenteux et de la physiothérapie. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, renvoyant à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_. Dans son deuxième rapport du 30 janvier 2015, la cardiologue a indiqué qu'elle n'avait pas revu le patient entre janvier 2014 et janvier 2015. Elle avait mis en évidence une re-sténose coronarienne qui a été traitée le 23 janvier 2015. Elle avait bon espoir que du point de vue cardiaque la capacité de travail du patient devait augmenter. Elle avait organisé

une réadaptation cardiovasculaire de six semaines en ambulatoire et il fallait réévaluer sa capacité de travail à la suite de cette réadaptation. Pour le surplus, elle laissait le soin à l'intimé de recontacter le médecin traitant pour l'évaluation non cardiologique. Dans son troisième rapport du 6 juillet 2015, la Dresse D \_\_\_\_\_ indique avoir ajusté le traitement médicamenteux. Elle envisageait un essai de reprise graduelle de l'activité professionnelle à 50% dès le 27 juillet 2015. Enfin, le 24 août 2015, la cardiologue indique que du point de vue cardiaque, il n'y a pas de contre-indication à une reprise du travail, en respectant la limitation quant au port de charges qui ne doivent pas dépasser 5 kg. Elle propose dans un premier temps une reprise de travail à 50%, à augmenter à 100% après quelques semaines.

b) Se fondant sur l'avis du SMR, l'intimé considère que le recourant présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 10 janvier 2013, mais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 19 août 2013, date à laquelle il a débuté une activité de réinsertion dans une blanchisserie. Par la suite, l'intimé retient une capacité de travail nulle dans toute activité du 23 janvier 2015 au 26 juillet 2015, puis de 50% dès le 27 juillet 2015 et de 100% dès le 1er septembre 2015, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge supérieure à 5 kg, pas de travaux de force ni dans des conditions stressantes, privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans déplacements importants dans un environnement calme.

A/3255/2016 - 11/13 - c) La chambre de céans relève en premier lieu que les périodes d'incapacités de travail du recourant ne sont pas clairement établies. En effet, il résulte des certificats médicaux produits par le recourant à l'appui de sa demande de prestations, que la Dresse D \_\_\_\_\_ a prescrit un arrêt de travail à 100% du 21 décembre au 31 décembre 2012 - ce qu'elle n'a pas mentionné dans ses rapports -, qu'il a été hospitalisé dans le service de cardiologie des HUG dès le 27 décembre 2012, puis à nouveau semble-t-il dès le 7 janvier 2013, avec arrêt de travail jusqu'au 28 janvier 2013, prolongé au 1er février 2013, puis qu'il a été en traitement pour une réadaptation cardiaque dès le 6 février 2013 avec un arrêt de travail à 100% jusqu'au 2 juin 2013. Par la suite, le Dr C \_\_\_\_\_ a encore attesté d'incapacités de travail de 100 % du 3 juin 2013 au 7 juillet 2013. Force est de constater que le dossier ne contient pas les rapports d'hospitalisation des HUG, ni les rapports de réadaptation cardiaque. d) L'intimé a fixé le début de la réadaptation dans une activité adaptée au 19 août 2013, date à laquelle le recourant a débuté l'activité de réinsertion. Or, outre le fait qu'il s'agissait d'un stage de réinsertion auprès de Réalise, l'activité proposée dans la blanchisserie n'était à l'évidence pas adaptée, puisqu'elle comportait des travaux de ports de charges notamment, et que le recourant, bien que très motivé, n'a pas pu tenir. Par la suite, malgré l'adaptation du poste avec des activités plus légères, Réalise a constaté que le recourant ne pouvait pas tenir le rythme, même à 50%, car il était trop fatigué. De plus, le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté de nouvelles incapacités de travail dès le 23 octobre 2013 et précisé que le recourant n'exerçait plus d'activité depuis mars 2014. Il a indiqué qu'une aide à la réinsertion professionnelle était indispensable, car le recourant ne pouvait pas assumer une activité professionnelle dans la durée (plus de quatre heures). Pour la période postérieure à juin 2014, il n'y a pas de rapport du médecin traitant, alors même que la cardiologue renvoyait à l'appréciation de ce dernier quant à la capacité de travail. Le recourant allègue par ailleurs souffrir encore de douleurs dans la poitrine, sa jambe droite est enflée depuis 2013 et le stress qu'il subit nécessite également la prise de médicaments antidépresseurs. Or, on ignore tout de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis le rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 25 juin 2014 jusqu'à l'angioplastie avec pose de stent du 23 janvier 2015, respectivement jusqu'à la date de la décision litigieuse.

**E. 13**

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. La cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il reprenne l'instruction du dossier, recueille tous les renseignements médicaux utiles, notamment auprès des HUG et du médecin traitant, et clarifie les aspects médicaux, cas échéant en mettant en œuvre une expertise.

**E. 14**

Le recours est admis et la décision annulée.

A/3255/2016 - 12/13 -

**E. 15**

Au vu du sort du litige, l'intimé est condamné à payer un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3255/2016 - 13/13 - 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.