

## **GE\_GERICHTE ATAS/457/2017 vom 6. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_457\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_457_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/457/2017 du 6 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/457/2017 del 6 giugno 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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3).

#### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail.

A/331/2017 - 7/11 -

#### **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**

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. 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).

## **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

A/331/2017 - 8/11 - 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**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

#### **E. 9**

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

#### **E. 10**

En l'espèce, du point de vue psychiatrique, l'expertise du 29 février 2016 et la constatation d'une capacité de travail du recourant restreinte de 50 % pour des motifs psychique est admise par les parties.

A/331/2017 - 9/11 - Du point de vue somatique, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 22 mars 2017 mentionnant un avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2013 selon lequel le cancer du recourant ne concernait pas l'incapacité de travail. Or, l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ a été rendu plus d'une année avant l'intervention subie par le recourant de résection abdomino-périnéale du 14 octobre 2014, ayant entraîné la pose d'une poche. L'intimé a ensuite, dans le cadre de la présente procédure, exposé qu'il avait interpellé récemment le SMR lequel avait considéré que les conséquences de l'intervention d'octobre 2014 n'empêchaient pas le recourant de travailler dans l'activité habituelle de réceptionniste (procès-verbal d'audience du 22 mai 2017). Le recourant conteste la capacité de travail retenue par l'intimé. A cet égard, le Dr DE E\_\_\_\_\_ a relevé qu'une reprise d'une activité à 50 % était concevable si le travail était adapté, soit sédentaire avec possibilité de réaliser les soins de stomie (avis du 29 juillet 2015). Les experts G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont également souligné que la capacité de travail de 50 % ne prenait pas en considération les limitations liées aux problèmes physiques du recourant et qu'une activité exigible devait respecter le besoin du recourant de se retirer pour changer sa poche quand il le jugeait nécessaire et prendre en compte le sentiment d'embarras et d'inconfort lié aux bruits intestinaux (expertise du 29 février 2016). Le recourant a lui-même expliqué lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 22 mai 2017 qu'il était toujours en examens aux HUG et que son état de santé s'était dégradé suite à la pose de la poche en octobre 2014, avec l'apparition de fatigue et d'inconfort dû au port permanent de la poche (procès-verbal d'audience du 22 mai 2017). La chambre de céans constate ainsi que l'instruction du dossier

est lacunaire du point de vue somatique, les conséquences de l'intervention d'octobre 2014 sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail n'ayant pas été investiguées du tout. Par ailleurs, le recourant a fait état, lors de l'audience du 22 mai 2017, de complications au niveau urinaire et a fourni une convocation du service de chirurgie urologique des HUG pour une intervention programmée le 2 juin 2017, en expliquant qu'une récurrence tumorale était suspectée. Il se pourrait, dans ces conditions, qu'une aggravation de l'état de santé du recourant soit survenue avant la décision litigieuse du 12 janvier 2017. Pour cette raison également, une instruction médicale somatique se justifie. En conséquence, il incombera à l'intimé de procéder à une instruction médicale, en questionnant notamment les médecins du recourant, pour évaluer précisément les limitations fonctionnelles somatique de celui-ci et fixer sa capacité de travail.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse partiellement annulée en ce qu'elle refuse au recourant une rente supérieure à une demi-rente

A/331/2017 - 10/11 - d'invalidité, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'octroi d'une demi-rente n'étant pas contesté, il est confirmé. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/331/2017 - 11/11 - 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.