

# **GE\_GERICHTE ATAS/459/2019 vom 22. Mai 2019**

GE Cour de justice, 2019-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_459\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_459_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/459/2019 du 22 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/459/2019 del 22 maggio 2019

## **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), la chambre des assurances sociales de la Cour

A/3205/2018 - 8/14 - 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 vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

### **E. 4**

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

### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

### **E. 6**

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). 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/3205/2018 - 9/14 - comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

## **E. 7**

a. 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). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (ATF 135 V 297). c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés,

en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

A/3205/2018 - 10/14 -

## **E. 8**

a. 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 LPG), 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 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 125 V 351 consid. 3). Ainsi, en principe, 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). 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/cc).

b. 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 incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 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). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (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 issue d'une observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge -

A/3205/2018 - 11/14 - 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\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références). c. 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). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). 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). d. 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**

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, considère que l'assuré ne peut plus travailler comme chauffagiste, mais qu'il est pleinement capable, depuis le mois de mai 2016 (trois mois après sa fracture vertébrale), d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier, singulièrement d'avoir fait abstraction de ses atteintes psychiques et des nouveaux éléments - une recrudescence de contractures, pour lesquelles un arrêt de travail à 50% a été prescrit dès le 14 décembre 2017 - mis en évidence par son médecin orthopédiste pour évaluer sa capacité de travail.

#### **E. 10**

a. Au plan somatique, la chambre de céans observe que l'expertise réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens complets, effectués en connaissance du dossier médical, qu'elle tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et que ses conclusions sont motivées. Toutefois, dans les faits, la pleine capacité de travail retenue par l'expert est mise en doute par le Dr G\_\_\_\_\_ qui atteste d'une capacité de travail limitée à 50% et par le stage d'orientation professionnelle qu'a effectué l'assuré aux ÉPI. Si comme le relève le SMR, l'assuré a fait preuve d'un comportement discutable en remettant

A/3205/2018 - 12/14 - en question les remarques formulées par l'encadrement dans le cadre des ateliers professionnels, du 20 novembre 2017 au 14 janvier 2018, il n'en demeure pas moins que l'intéressé a rencontré de réelles difficultés d'ordre physique durant le stage de réentraînement qu'il a effectué du 15 janvier au 23 février 2018, pour lequel son engagement a été qualifié de « bon ». À ce propos, le second rapport des ÉPI (p. 2) précise : « le stage de trente jours comme opérateur en industrie [...] a démontré que l'assuré ne maintient aucune position de travail [longtemps], il alterne les positions toutes les 30 à 45 minutes. Il comprend les consignes, les applique avec justesse et le travail rendu est de qualité. Sur des travaux simples et répétitifs, sa gestuelle est bonne mais lente. Ce stage a mis en évidence des rendements de 50% à 70% au maximum sur un 50%. [L'assuré] a un tonus en « dents de scie », car il fait régulièrement des étirements, se promène dans l'atelier

et est souvent en recherche d'une position antalgique pour soulager son dos (perte de rendement). Les raisons suivantes expliquent ces faibles rendements : douleurs au dos, il ne tient pas une position de travail [longtemps] ; tonus général moyen ; alternance des positions très fréquentes, il fait des étirements toutes les 30 à 45 minutes environ pour soulager son dos et ses jambes. Au vu de ce qui précède, [...] nous laissons le soin à l'OAI de déterminer s'il y a lieu de demander un complément d'informations médicales ». Ces constatations, qui suggèrent un rendement nettement diminué – évalué par les ÉPI entre 50% et 70% pour une activité exercée à mi-temps et permettant apparemment d'alterner les positions –, s'écartent des conclusions de l'expert E\_\_\_\_\_. Comme cela a été exposé ci-dessus (consid. 8b), lorsque l'appréciation issue d'une observation professionnelle s'écarte sensiblement de l'appréciation médicale, il convient au besoin de requérir un complément d'instruction. C'est ce qu'il convient de faire. Partant, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il invite l'expert à se déterminer sur les conclusions des ÉPI, s'agissant notamment d'une éventuelle diminution de rendement, et sur celles du Dr G\_\_\_\_\_. En fonction des réponses données par l'expert, l'intimé déterminera si d'autres mesures d'instruction se justifient au plan somatique. b. Au plan psychiatrique, il ressort du dossier que l'assuré présente un TDA-H, diagnostiqué par la Dresse H\_\_\_\_\_, et qu'il a subi une cure de désintoxication en 2013, liée à sa consommation d'alcool et de stupéfiants (cocaïne, ecstasy et cannabis). Bien que l'assuré affirme avoir réduit sa consommation, ses problèmes d'addiction semblent persister, puisqu'il a indiqué à l'expert E\_\_\_\_\_ qu'il buvait encore trois verres d'alcool par jour et demeurait suivi par les médecins d'un « centre spécialisé », qui lui prescrivait du Stilnox et du Temesta. Le premier rapport des ÉPI tend également à confirmer que l'intéressé boit encore, puisqu'il stipule (p. 15) : « [...] [l'assuré] mentionne qu'il est tellement stressé, tellement inquiet pour son avenir qu'il n'arrive plus à dormir et qu'il a replongé dans son addiction à l'alcool. Il nous informe qu'il boit le soir de la vodka ou du pastis avec la prise de Co-Dafalgan ». Par ailleurs, il ressort du rapport des ÉPI que les troubles

A/3205/2018 - 13/14 - de la concentration de l'assuré ont largement perturbé le déroulement de la mesure d'orientation professionnelle, si bien qu'à l'issue de celle-ci, la conseillère en réadaptation de l'AI l'a invité à transmettre les rapports médicaux s'y rapportant. Il résulte de ce qui précède que le recourant présente non seulement des atteintes somatiques mais également des troubles psychiques, dont les éventuelles répercussions sur la capacité de travail n'ont pas été investiguées par l'intimé, contrairement à ce que prescrit l'art. 43 al. 1 LPGA. À cet égard, on remarque notamment que les médecins traitant le recourant pour ses addictions, tout comme la psychiatre ayant diagnostiqué son TDA-H, n'ont pas été invités à se prononcer sur sa capacité de travail.

## **E. 11**

Faute d'instruction suffisante, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 7 août 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il incombera à l'intimé d'inviter l'expert E\_\_\_\_\_ à se déterminer sur les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ et des ÉPI, s'agissant notamment d'une éventuelle diminution de rendement. En fonction des réponses données par l'expert, l'intimé examinera si d'autres mesures d'instruction se justifient sous l'angle somatique. Sous l'angle psychiatrique, l'intimé obtiendra l'avis des spécialistes qui suivent le

recourant, puis, si cela est nécessaire pour évaluer sa capacité de travail, ordonnera un examen médical ou une expertise.

**E. 12**

Vu l'issue du litige, il est superflu d'examiner les autres griefs qu'invoque le recourant, s'agissant en particulier du calcul du degré d'invalidité et du point de savoir si la comparaison des gains doit être effectuée sur la base d'une parallélisation des revenus.

**E. 13**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

**E. 14**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). \*\*\*\*\*

A/3205/2018 - 14/14 - 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.