

# **GE\_GERICHTE ATAS/69/2018 vom 29. Januar 2018**

GE Cour de justice, 2018-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_69\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_69_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/69/2018 du 29 janvier 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/69/2018 del 29 gennaio 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

A/4388/2016 - 10/15 - 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**

À 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**

La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.

### **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 gains toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gains 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 gains. 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). 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 gains de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 6**

a. 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).

A/4388/2016 - 11/15 - 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 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. 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). c. 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. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). 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).

A/4388/2016 - 12/15 -

#### **E. 7**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

#### **E. 8**

Enfin, 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'occurrence, l'intimé estime que le recourant a présenté une incapacité de travail limitée d'août 2015 à février 2016, ce que ce dernier conteste. Selon l'avis du SMR du 10 novembre 2016 et l'intimé, l'existence d'une capacité de travail entière dès le début 2016 se justifie notamment par la décision prise par l'assureur-accidents. On rappellera que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6). Le Tribunal fédéral des assurances a en outre jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents sont tenus de procéder dans chaque cas de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur

A/4388/2016 - 13/15 - propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d). En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, l'intimé ne pouvait se contenter de reprendre l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'assureur-accidents, ce d'autant plus qu'aucune décision entrée en force n'a encore été rendue par cet assureur. Il y a donc lieu de déterminer si les rapports versés à la procédure permettent de retenir que le recourant présentait une capacité de travail entière dès mars 2016. Le Dr E\_\_\_\_\_ de la CRR a certes indiqué, dans son rapport du 9 décembre 2015, que la capacité de travail du recourant dans sa profession de responsable de fabrication dans l'horlogerie était nulle jusqu'au 31 décembre 2015 et qu'une reprise médico-théorique était à prévoir début 2016. La chambre de céans constate que ce médecin n'a toutefois pas indiqué que la capacité de travail du recourant serait entière dès le début 2016. Qui plus est, ce médecin a relevé que la situation du recourant n'était pas encore stabilisée, du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, et qu'une stabilisation médicale était attendue dès le début 2016. Ainsi, vu l'hypothétique stabilisation médicale avancée par le Dr E\_\_\_\_\_, il revenait à l'intimé d'instruire la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était effectivement amélioré postérieurement au 31 décembre 2015 et quelle était, le cas échéant, sa capacité de travail. A cet égard, on relèvera que l'intimé a été dûment informé que le recourant était suivi par un spécialiste en chirurgie de la main, soit le Dr F\_\_\_\_\_ (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 24 juin 2016). Or, force est de constater qu'avant de rendre sa décision litigieuse, l'intimé n'a requis aucune information auprès de ce spécialiste. Par ailleurs, le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 27 avril 2016 ne permet pas non plus de retenir que le recourant présentait une capacité de travail totale dans son activité habituelle à compter du début de l'année 2016. En effet, il résulte de ce rapport que ce médecin s'est uniquement prononcé sur le lien de causalité entre les troubles du recourant et l'accident survenu le 9 août 2015. Enfin, il apparaît que le 14 septembre 2016 - soit antérieurement à la date de la décision litigieuse - le recourant présentait encore une tuméfaction du tendon du muscle extenseur ulnaire du carpe qui était subluxé, une augmentation de l'espace radio-ulnaire, un index radio-cubital augmenté et une déchirure du TFCC nécessitant une intervention chirurgicale complexe (rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2016). Ainsi, comme l'a dûment relevé le SMR dans son avis du 10 janvier 2017, il apparaît que la situation médicale du recourant n'était pas encore stabilisée au moment où l'intimé a rendu sa décision litigieuse. Partant, les rapports versés à la procédure ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes dont le recourant souffrait postérieurement au mois de février 2016 et

A/4388/2016 - 14/15 - leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et, le cas échéant, dans une activité adaptée. Enfin, on relèvera encore que l'intimé n'a requis, ni de l'employeur auquel le recourant était contractuellement lié au début de son incapacité de travail totale, ni du dernier employeur, une description de la fonction du recourant en termes de port de charges, de travaux de force et d'activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit. Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les atteintes dont souffrait le recourant postérieurement au mois de février 2016 et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un chirurgien de la main indépendant. Les conditions jurisprudentielles d'un renvoi à l'administration sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre par l'intimé.

**E. 10**

Le recours sera donc admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire auprès d'un chirurgien de la main indépendant et nouvelle décision.

**E. 11**

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**E. 12**

Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/4388/2016 - 15/15 - 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.