

GE_GERICHTE ATAS/709/2021 vom 30. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_709_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/709/2021 du 30 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/709/2021 del 30 giugno 2021

Erwägungen

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, mentale ou psychique 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 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple : la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

A/2879/2020 - 10/15 - médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments

médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 351 consid. 3b). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà

A/2879/2020 - 11/15 - existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher,

en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

E. 7

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).

A/2879/2020 - 12/15 -

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit 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. Il ne peut 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).

E. 9

9.1. En l'espèce, l'intimé a retenu dans la décision querellée que la capacité de travail du recourant était totale depuis avril 2016 dans une activité adaptée, en se fondant sur un rapport du SMR du 30 janvier 2017. Le recourant a fait valoir que compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il n'était plus en mesure d'accomplir des activités physiques qui constituaient la grande partie de son travail. Preuve en était l'échec de la tentative de reprise des activités de son entreprise en avril 2016 alors qu'il ne travaillait qu'à 50%. La Dresse B _____ avait retenu qu'il était totalement incapable de travailler depuis 2014.

E. 9.2

Les 18 juillet 2016 et 12 décembre 2016, la Dresse B_____ a certifié, en substance, que le recourant avait été totalement incapable de travailler à 100% depuis le 30 juin 2014 pour raison médicale, qu'une reprise de travail à 50% en avril et mai 2016 s'était soldée par un échec et qu'il était depuis le 26 juin 2016 en arrêt de travail à 100%. Le 30 janvier 2017, le SMR s'est écarté des conclusions de la Dresse B_____ en retenant que l'assuré était totalement capable de travailler 100% dès avril 2016, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, relevant qu'une partie de ses activités habituelles étaient intellectuelles. Cette conclusion est peu motivée et ne se fonde que sur une appréciation théorique du SMR, qui n'a pas procédé à une anamnèse ni à un examen de l'assuré. Le rapport établi le 22 octobre 2015 par la Dresse C_____, du service d'oncologie des HUG, indiquait que l'assuré avait été totalement incapable de travailler jusqu'au 30 septembre 2015 et qu'actuellement, il ne présentait pas de limitation à la reprise d'une activité professionnelle. Ce rapport apparaît contradictoire, car il mentionne ensuite que l'assuré présentait une asthénie persistante, qu'une activité professionnelle « pourrait » être envisagée et qu'il en serait discuté avec le patient lors de la prochaine consultation du 30 octobre 2015. Il en résulte que ce rapport n'établit pas de manière claire la capacité de travail de l'assuré. Le rapport établi le 7 mars 2016 par le Dr D_____, du même service des HUG, ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré, constatant simplement qu'il allait bien, qu'il avait repris une activité professionnelle dans le bâtiment à 50% et avait une bonne énergie. Il en résulte que la conclusion du SMR du 30 janvier 2017 selon laquelle l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès avril 2016 repose

A/2879/2020 - 13/15 - sur une interprétation des rapports médicaux des HUG, qui sont peu clairs et peu motivés sur la question de la capacité de travail et contredits par ceux de la Dresse B_____. Le rapport établi le 11 mars 2020 par le Dr E_____ fait également douter du fait que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès avril 2016, dès lors qu'il indique que celui-ci présentait une arthrose devenant de plus en plus handicapante. Ce n'est qu'après l'arthrodèse trapezo-métacarpienne du 9 mars 2020, que le Dr E_____ a constaté que l'assuré avait repris la plupart de ses activités, y compris un jardinage assez intensif, sans difficultés particulières, relevant que les douleurs préopératoires lancinantes de la base du pouce avaient complètement disparu. Sur la base du bref rapport du Dr E_____ du 11 mars 2020, l'on ne peut conclure, comme l'a fait le SMR, qu'il n'y avait eu qu'une aggravation très temporaire de l'état de santé de l'assuré. On ignore en effet depuis quand son état s'était dégradé. Par ailleurs, l'appréciation du Dr E_____ ne porte que sur les suites de son intervention à la main de l'assuré et non sur l'état de santé de celui-ci en général, en particulier sur les éventuelles conséquences de son cancer. Le 13 juillet 2020, le SMR a confirmé ses conclusions précédentes en relevant que dans sa réponse de juin 2020, la Dresse B_____ confirmait que l'assuré n'avait plus été suivi par des spécialistes autres que les chirurgiens de la main depuis 2018. Le 10 juin 2020, la Dresse B_____ a indiqué à l'intimé n'avoir pas d'autre document de l'oncologie des HUG (dernier 2018), en le priant de contacter l'oncologie directement. Le SMR ne pouvait en conclure que le recourant n'avait plus été suivi par le service d'oncologie des HUG, étant relevé que le dernier rapport des HUG du 20 décembre 2018 prévoyait un contrôle annuel à la fin de l'année 2019. Par ailleurs, le fait que l'assuré ne se soit peut-être pas présenté à un contrôle en 2019 ne signifie pas forcément que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Le fait que son cancer n'ait pas récidivé, selon le rapport des HUG du 20 décembre 2018, ne signifie pas pour autant que sa capacité de travail dans une activité

adaptée était de 100%, l'assuré pouvant souffrir des suites de son cancer, comme le soutient la Dresse B_____. Le rapport des HUG du 20 décembre 2018 ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré, relevant seulement que depuis le rétablissement de la continuité, il présentait une alternance du transit et quelques douleurs abdominales lors des épisodes de constipation et qu'il décrivait également la persistance d'une polyneuropathie au froid au niveau des pieds, qui restait très aléatoire. Ces constats correspondent à ceux de la Dresse B_____, qui retenait, notamment, dans son rapport du 18 décembre 2019 des plaintes de type polyneuropathie. Même si les rapports de la Dresse B_____ sont peu motivés, ils suffisent, avec ceux du Drs E_____, à remettre en cause les conclusions du SMR qui ont fondé la décision querellée, étant relevé que les avis du SMR n'émanent pas de médecins

A/2879/2020 - 14/15 - indépendants et ne répondent pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine force probante.

E. 9.3

Il en résulte que la capacité de travail de l'assuré et son évolution n'ont pas été suffisamment instruites et il se justifie en conséquence de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise effectuée par un médecin interne indépendant pour procéder à un examen global de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail.

E. 10

10.1. Le recourant a fait valoir qu'il continuait à entreprendre des mesures thérapeutiques pour retrouver une capacité de travail résiduelle. Son état de santé n'était par conséquent pas stabilisé, de sorte qu'il ne pouvait être exigé de lui une reprise de travail dans une activité professionnellement adaptée.

E. 10.2

Selon la jurisprudence rendue dans des causes relevant de l'assurance- invalidité, tant que l'état de santé de la personne assurée n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et il ne doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée que depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10 ; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11).

E. 10.3

Au vu des rapports de la Dresse B_____ du 18 juillet 2016 et du service d'oncologie des HUG du 7 mars 2016, il apparaît possible que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé en avril 2016. Si tel était le cas, le SMR ne pouvait retenir une capacité de travail dans une activité adaptée depuis lors pour déterminer le taux d'invalidité du recourant et devait s'en tenir à sa capacité de travail dans son activité habituelle. L'instruction complémentaire devra également porter sur la date de stabilisation de l'état de santé du recourant et préciser sa capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dès la stabilisation de son état de santé.

E. 11

Le recours est ainsi partiellement admis. La décision querellée sera en conséquence annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. 12

Le requérant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 13

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/2879/2020 - 15/15 - Statuant À la forme :

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