

GE_GERICHTE ATAS/720/2011 vom 28. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_720_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/720/2011 du 28 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/720/2011 del 28 luglio 2011

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; RS 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse, du 3 décembre 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité en raison des atteintes à la santé qu'il présente.

E. 5

L'intimé est d'avis que le degré d'invalidité du recourant a déjà été fixé par arrêt du TCAS du 23 juillet 2009 entré en force (ATAS/982/2009), de sorte qu'il ne peut être réexaminé. Il y a lieu de rappeler qu'il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité - judiciaire ou administrative - par un jugement ou une décision passée en force (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne

peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la

A/144/2011 - 8/13 - régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). La jurisprudence considère que l'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa ; 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 478 consid. 4a). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159 ; ATFA non publié du

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). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

A/144/2011 - 9/13 - 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

E. 7

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 médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises

médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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 (cf. Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in RCC 1985, p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03).

A/144/2011 - 10/13 -

E. 8

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 125 V 352 ss 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. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 raison 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).

A/144/2011 - 11/13 -

E. 9

En l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présente, compte tenu de ses atteintes à la santé, une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, à savoir en position assise, sans baisse de rendement. Le recourant allègue que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité à plein temps. Dans le cadre de l'instruction du dossier du recourant, le Dr A_____ a estimé qu'en raison d'une paraplégie incomplète, d'une vessie et d'un intestin neurogènes, le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. Par contre, il avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit en position assise durant dix heures par jour, le port de charges jusqu'à 20 kg et l'utilisation de ses deux bras (rapport du 19 février 2002.) Le SMR s'est rallié à cette estimation (avis des 30 septembre 2003, 28 septembre 2006 et 11 novembre 2010). A la suite d'un stage d'observation professionnelle effectué auprès des EPI du 8 février au 9 mai 2010, il a été constaté que les capacités résiduelles du recourant étaient difficilement compatibles avec un emploi à plein temps sans souplesse d'adaptation de l'horaire possible (rapport du 2 juin 2010). A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la Cour de céans constate que l'intimé a fixé la capacité de travail résiduelle du recourant, soit 100% dans une activité adaptée, en se fondant uniquement sur l'appréciation du 19 février 2002 du Dr A_____, à l'exclusion de l'appréciation professionnelle effectuée le 2 juin 2010 par les EPI. Pourtant, les conclusions des EPI - selon lesquelles le recourant présente une baisse de la résistance physique et de sa capacité de concentration dès le début de l'après-midi, à quoi s'ajoute la nécessité de changer les sondes dans de bonnes conditions, de sorte qu'un poste à plein temps n'est pas approprié - sont corroborées par celles de leur médecin-conseil, le Dr F_____, pour qui le recourant ne peut effectuer un plein temps en raison des fourmillements dans les deux mains et des spasmes musculaires des membres inférieurs apparaissant après quelques heures d'activités (rapport du 10 février 2010) ainsi que par celles de la Dresse D_____, pour qui seul un temps partiel est envisageable au vu des pathologies présentées par le recourant et des complications qui en découlent (rapports des 5/6 avril 2006, 9 juillet 2008 et 18 octobre 2010). On relèvera par ailleurs que les experts en réadaptation ont observé que le recourant s'est engagé pleinement dans la mesure d'observation professionnelle mise en œuvre par l'intimé, qu'il s'est bien intégré à l'équipe et qu'il a démontré un intérêt pour le travail proposé. La Cour de céans observe ainsi que les difficultés présentées par le recourant à maintenir un rythme régulier de travail sur une journée entière ne semblent pas relever d'un manque de motivation de la part du recourant, mais seraient dues aux restrictions d'ordre physique, comme l'a au demeurant constaté le Dr F_____ dans son rapport du 10 février 2010. Ainsi, il y a lieu de constater que les conclusions des EPI, loin de compléter les données médicales fournies par le Dr A_____ quant à la capacité de travail

A/144/2011 - 12/13 - exigible de la part du recourant, divergent sensiblement de celles-ci, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer en l'état du dossier. Qui plus est, il apparaît que les limitations fonctionnelles constatées par le Dr A_____ - dont on relèvera que le

rapport remonte au 19 février 2002, soit plus de huit ans avant que la décision litigieuse n'ait été rendue (le 3 décembre 2010) - se sont péjorées. Ainsi, si le Dr A_____ estimait en 2002 que le recourant pouvait rester en position assise durant dix heures par jour, porter une charge pesant jusqu'à 20 kg et utiliser complètement ses deux bras (rapport du 19 février 2002), tel n'est plus le cas en 2010, le Dr F_____ ayant constaté qu'après quelques heures d'activités, le recourant présente des spasmes musculaires des membres inférieurs et des fourmillements dans les deux mains (rapport du 10 février 2010). Or, ni le SMR, ni l'intimé, ne se sont déterminés sur ces constatations. A cela s'ajoute le fait que le recourant présente une nouvelle atteinte de type polyneuropathique, probablement d'origine diabétique selon la Dresse D_____ (rapport du 18 octobre 2010), au sujet de laquelle ni le SMR, ni l'intimé, ne se sont prononcés. En pareilles circonstances, vu l'absence de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise neurologique. En cas de nécessité, un nouveau stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible de l'intéressé compte tenu de ses limitations fonctionnelles posées médicalement, sera organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une décision.

E. 10

Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. Eu égard à l'issue du litige, l'intimé versera au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens et s'acquittera d'un montant de 500 fr. correspondant à l'émolument de justice.

A/144/2011 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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