

# **GE\_GERICHTE ATAS/76/2015 vom 3. Februar 2015**

GE Cour de justice, 2015-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_76\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_76_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/76/2015 du 3 février 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/76/2015 del 3 febbraio 2015

## **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**

a. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/10/2014 - 9/14 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 14 novembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans la forme prévue par la loi et déposé le 3 janvier 2014 contre la décision du 14 novembre 2013, reçue le 18 novembre 2013, est recevable compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre 2013 au 2 janvier 2014 inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.

#### **E. 5**

a. 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). 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 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. 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-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI).

A/10/2014 - 10/14 - 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). c. 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 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). 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).

A/10/2014 - 11/14 - 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 6**

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). 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 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. 7**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **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

A/10/2014 - 12/14 - 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**

a. En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, que compte tenu de l'arthrose sévère du poignet bilatérale dont souffre le recourant, ce dernier est en incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant en se fondant sur les rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. b. Suite à l'instruction diligentée par la chambre de céans et à la lecture des pièces versées à la procédure, la chambre de céans est d'avis que l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre le recourant – hormis l'arthrose sévère bilatérale du poignet, le canal carpien des deux mains et le cancer des cordes vocales – n'a pas fait l'objet d'une instruction médicale. En effet, force est de constater que tant le Dr D\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ ont fait état du fait que le recourant souffrirait de pertes de mémoire, d'insomnies et d'anxiété (rapports des 28 mars et 16 décembre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, rapport du 22 mai 2014 du Dr H\_\_\_\_\_). À ces troubles s'ajoutent également des vertiges, lesquels seraient un symptôme d'un trouble mixte anxio-dépressif sévère selon le Dr D\_\_\_\_\_ (rapport du 16 décembre 2014). Selon le Dr H\_\_\_\_\_, le recourant présenterait également une ronchopathie associée à des apnées, élément évocateur d'un syndrome d'apnées du sommeil (rapport du 22 mai 2014). L'intimé, en se référant à l'avis du SMR du 15 janvier 2015, fait valoir qu'il s'agit d'éléments cliniques apportés au dossier postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité. La chambre de céans relèvera que si les rapports précités ont certes été établis postérieurement à la décision litigieuse, ce fait ne suffit toutefois pas encore à écarter les constats du médecin-traitant et du Dr H\_\_\_\_\_, et ce pour les raisons qui suivent. Le Dr H\_\_\_\_\_, qui a vu le recourant le 9 avril 2014, a expliqué que l'épouse du recourant avait constaté des difficultés de mémoire de son mari depuis environ un an. Ce médecin a en outre noté que le recourant souffrait d'une claire déprivation de sommeil depuis deux à trois ans (rapport du

22 mai 2014). Par ailleurs, dans sa demande de prestations datée du 25 mai 2013, le recourant a mentionné souffrir de vertiges. Or, il résulte de l'instruction menée par la chambre de céans que ces vertiges seraient un des symptômes du trouble anxio-dépressif sévère dont souffre le recourant (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2014). Qui plus est, il apparaît que le Dr D\_\_\_\_\_ avait, dans un courrier du 25 mai 2013 – qui n'a toutefois pas été versé à la procédure – déjà spécifié l'existence d'un état dépressif, accompagné d'insomnies, tristesse et angoisse (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2014).

A/10/2014 - 13/14 - Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans est d'avis que l'on ne saurait écarter les pertes de mémoire, les insomnies, l'anxiété et la ronchopathie associée à des apnées évoquées par le médecin traitant et par le Dr H\_\_\_\_\_, dès lors que plusieurs éléments au dossier permettent de retenir que ces troubles existaient déjà au moment de la décision litigieuse du 14 novembre 2013. Cela étant, la chambre de céans ne saurait retenir, sans autre instruction, le diagnostic psychique posé par le Dr D\_\_\_\_\_, puisque ce médecin n'est pas spécialisé en psychiatrie. Qui plus est, il apparaît que des examens pneumologiques étaient nécessaires pour évaluer l'importance d'un éventuel syndrome d'apnées du sommeil (rapport du 22 mai 2014 du Dr H\_\_\_\_\_), examens qui n'ont pas eu lieu.

#### **E. 10**

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors que celui-ci ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail, et partant, sur son degré d'invalidité. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès notamment d'un spécialiste en pneumologie et d'un spécialiste en psychiatrie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

#### **E. 11**

Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

#### **E. 12**

Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA - E 5 10). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (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/10/2014 - 14/14 - 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.