

# **GE\_GERICHTE ATAS/775/2011 vom 24. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_775\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_775_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/775/2011 du 24 août 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/775/2011 del 24 agosto 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

; 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 ; 129 V 4 consid. 1.2; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

A/3291/2008 - 16/23 -

### **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, d'un point de vue matériel, le recourant a présenté une incapacité de travail durable dès le 30 septembre 2003. Dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, elle est applicable de même que les dispositions de la 4ème révision de la LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et celles consécutives à la 5ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2008, le cas échéant (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid.

### **E. 3**

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 ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

#### **E. 4**

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 15 septembre 2008 contre une décision datée du 24 juillet 2008, étant précisé que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA).

#### **E. 5**

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité dans le temps le droit du recourant à une rente entière d'invalidité - du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier au 30 novembre 2006 -, singulièrement si l'intimé a justement considéré qu'entre le 1er août et le 31 décembre 2005, puis à partir du 1er décembre 2006 le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 6**

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA comme la 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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; ATF 105 V 207 consid. 2). c) S'agissant du droit à une rente, l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à

A/3291/2008 - 17/23 - 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. Le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007). d) 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 p. 166; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). A partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé dans son cas (ATFA non publié I 3767/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Plaidoyer 2002 N° 4 p. 64, consid. 2b). Si les avis des experts ne reposent que sur des hypothèses et non sur des constatations objectives, sans que les médecins ne se prononcent concrètement sur une diminution de la capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychique, leur avis ne peut emporter la conviction. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75 ; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b). e) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement

A/3291/2008 - 18/23 - important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). b) Selon le principe de la 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu

(ATF 122 V 160 consid. 1c). c) Au sujet 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 (ATFA non publié I 39/03 du 14 avril 2003, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a A/3291/2008 - 19/23 - pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). En cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, cela ne signifie pas encore qu'il soit de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié I 938/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). Enfin, les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 258 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF non publié 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 3.2.1 ; ATF non publié 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254).

## E. 8

En l'espèce, sous la plume de son conseil, le recourant allègue, en se basant notamment sur les rapports des Drs P\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité antérieure que dans toute activité depuis la survenance de l'accident le 30 septembre 2003, alors que l'intimé retient - en s'appuyant sur les rapports des médecins SMR - que s'il faut admettre que la capacité de travail était nulle entre les 1er septembre 2004 et 31 juillet 2005 puis entre le 1er janvier et le 30 novembre 2006, elle était entière dans une activité adaptée entre le 1er août

et le 31 décembre 2005 puis à partir du 1er décembre 2006. D'un point de vue psychiatrique, il ressort des divers rapports médicaux que le recourant souffre depuis le début de l'année 2006 - vraisemblablement - d'une dépression moyenne, consécutive à l'accident du 30 septembre 2003. À ce titre, la Dresse S \_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 octobre 2006 à l'attention de l'OAI,

A/3291/2008 - 20/23 - indiquait plus précisément, qu'ayant suivi son patient depuis le 20 avril 2006, elle avait pu poser un pronostic défavorable, constatant chez le recourant des troubles somatoformes, de l'apathie, un profond désintérêt ainsi que la verbalisation d'idées hypochondriaques. Dans un nouveau rapport du 12 février 2008, elle indiquait que l'état dépressif dans lequel se trouvait son patient était toujours présent et avait progressivement évolué, de sorte qu'il s'avérait utile d'établir une expertise, pour notamment déterminer les limitations fonctionnelles consécutives à la dépression. Du point de vue du SMR par contre, l'épisode dépressif qu'avait présenté le recourant s'était stabilisé trois à quatre mois après le début de la prise de traitement médicamenteux, soit dès le mois d'août 2006, de sorte que l'état de santé psychique du recourant n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail dès cette date et que les troubles somatoformes ne devaient pas être retenus. Dans deux nouveaux rapports des 1er novembre 2008 et 6 novembre 2009, postérieurs à la décision litigieuse, la Dresse S \_\_\_\_\_ avait constaté une aggravation de l'état psychique de son patient, sans pour autant que l'OAI n'estime nécessaire de mettre sur pied une expertise. Force est de constater que, sur le plan psychiatrique, les conclusions médicales sont diamétralement opposées sans qu'il soit possible, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'évaluer pourquoi un avis médical emporterait la conviction de la Cour de céans, plutôt qu'un autre. Il en va de même sur le plan orthopédique où il faut admettre que des rapports faisant état de constatations pour le moins contradictoires figurent au dossier. En effet, bien que de nombreux rapports et certificats médicaux attestent de l'aggravation de l'état de santé du patient après les arthroscopies de décembre 2003 et février 2005 - notamment la déclaration du Dr N \_\_\_\_\_ du 17 mai 2006 selon laquelle en hiver 2006, le recourant n'était toujours pas en mesure de reprendre le travail - les médecins SMR s'accordent à dire que l'accident du 30 septembre 2003 n'a engendré aucune limitation fonctionnelle dans une activité adaptée, de sorte que le recourant aurait pu reprendre le travail dès le mois d'avril 2005. Quant à l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_, s'il faut admettre, à l'instar de l'intimé, qu'elle est extrêmement fouillée sur le plan orthopédique, elle se base sur les règles applicables dans le domaine de l'assurance-accidents, de sorte que l'appréciation de l'expert ne saurait être déterminante en matière d'assurance- invalidité, ou tous les troubles doivent être analysés dans leur globalité, pour pouvoir déterminer le droit à une rente. Quant aux spécialistes en anesthésiologie et thérapie neurale enfin, à savoir, les Drs T \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_, ils ont tous deux objectivé des douleurs et dysfonctionnements du genou droit, du rachis et du système neurovégétatif ainsi qu'une détérioration de l'état de santé du recourant. Ces constatations médicales n'ont pas été investiguées à satisfaction de droit par l'intimé; l'analyse de ces points ne ressortant pas des rapports rendus par les médecins SMR.

A/3291/2008 - 21/23 - La Cour de céans est d'avis que les divergences de vues constatées ne peuvent simplement être résolues en accordant la prééminence à un avis médical plutôt qu'à un autre. Sur le fond, la Cour ne se trouve donc pas en mesure de juger la cause, eu égard aux discordances constatées entre les différents rapports médicaux.

a) 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'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. 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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). b) Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

#### **E. 10**

En l'occurrence, la documentation médicale qui figure au dossier fait état de nombreuses contradictions sans qu'il soit possible de trancher de façon sûre la question litigieuse de savoir si et, le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit du recourant à des prestations AI pour les suites de l'accident du 30 septembre 2003. Au regard de la complexité du cas, il s'impose de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il sied d'ailleurs de relever que, dans leurs dernières écritures, les parties se sont accordées sur ce point, au vu notamment de leurs positions diamétralement opposées et des questions médicales restées en suspens.

A/3291/2008 - 22/23 - Dans la mesure où il ressort des pièces versées au dossier que l'intimé a pris le parti de rendre une décision sans pour autant élucider des faits primordiaux et n'a, de fait, pas satisfait à la maxime inquisitoire, il lui incombera de mettre en œuvre ladite expertise pluridisciplinaire. En effet, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives. En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire et qu'il rende une nouvelle décision.

#### **E. 11**

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

#### **E. 12**

En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre

200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/3291/2008 - 23/23 - 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.