

GE_GERICHTE ATAS/798/2019 vom 29. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_798_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/798/2019 du 29 août 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/798/2019 del 29 agosto 2019

Erwägungen

E. 1

Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées le 14 décembre 2017, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

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

A/4561/2017 - 9/12 - 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

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 entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2016.

E. 5

Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la

capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

E. 6

a. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). b. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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'art. 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 important

A/4561/2017 - 10/12 - (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. 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 351 consid. 3).

E. 8

En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier, que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de juin 2016. Le recourant lui reproche d'avoir ignoré les conclusions des docteurs

B_____, E_____, G_____ et C_____ dont il allègue que, tous n'ont évalué sa capacité résiduelle de travail qu'à 50%. Pourtant, le Dr B_____ a bel et bien conclu à une pleine capacité de travail dans ses rapports des 22 avril et 8 mai 2015 déjà. Il a expliqué qu'en octobre 2015, la situation s'était péjorée (élévation antérieure limitée à 90°), précisant qu'alors, les tâches exigibles étaient celles qui n'engendraient pas d'élévation du bras et permettaient à l'assuré de travailler coudes au corps. En effet, tout mouvement répétitif des bras, tout port de charges lourdes ou activités bras au-dessus du niveau

A/4561/2017 - 11/12 - de la tête étaient impossibles. Néanmoins, le médecin a estimé que la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, initialement de 50%, pourrait être réévaluée dans le temps afin « de tenter d'obtenir une pleine capacité ». Certes, le Dr C_____, en mai 2016, a estimé la capacité de son patient à exercer une activité adaptée à 50% seulement, mais sans véritablement motiver sa position. Le Dr G_____, interrogé par la Cour de céans, a en revanche convenu qu'une activité adaptée aurait été exigible, qui aurait consisté en une profession s'exerçant en position assise ou debout avec une dilatation minimale des épaules (soit une manutention de petites pièces). Il ne s'est cependant pas clairement déterminé sur le taux d'occupation exigible dans de telles circonstances. Quant au Dr I_____, il a indiqué n'avoir reçu l'assuré qu'en janvier 2018, soit postérieurement à la décision litigieuse. Il a émis l'avis qu'alors, seule une activité adaptée - c'est-à-dire sans port de charge et envisageable avec une limitation des mouvements de l'épaule - pouvait être envisagée, sous réserve des douleurs (responsable d'accueil, téléphoniste, gardien de musée, par exemple), et sans se prononcer sur le taux d'occupation exigible dans de telles conditions. La Cour de céans constate à l'étude du dossier de pièces médicales, qu'en l'état, il n'existe aucun rapport se prononçant clairement et de manière convaincante sur la capacité de travail de l'assuré à compter de juin 2016. Les documents apparaissent peu motivés, contradictoires et peu convaincants. Il en va de même de la prise de position du SMR de janvier 2017, qui, tout en relevant que la réduction de la capacité de travail de 50% par les médecins n'était pas motivée, n'a pas motivé plus avant sa propre position, concluant à une pleine capacité dans une activité adaptée. En particulier, aucune expertise approfondie n'a été mise sur pied, qui aurait permis de répondre de manière un tant soit peu objectivée à cette question fondamentale. Dès lors, la Cour estime ne pas être en possession de tous les éléments utiles à une prise de décision motivée. Le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied une expertise en bonne et due forme permettant de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2016 et les conséquences en termes de capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 9

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPG).

E. 10

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

A/4561/2017 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :