GE_GERICHTE ATAS/810/2020 vom 28. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_810_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/810/2020 del 28 settembre 2020

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 - E 2 05), 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, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, le recours est

A/3679/2018 - 12/20 - recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'il a déposée en 2018.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

E. 6

Une nouvelle demande déposée après l'allocation d'une rente temporaire à titre rétroactif doit satisfaire aux conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1 ; ATF 133 V 196 consid. 1.4). Cette disposition ne s'applique toutefois qu'aux demandes concernant le même genre de prestations et non à celles qui relèvent d'un autre cas d'assurance (Michel

VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°28 ad art. 31 LAI et la référence citée). En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se

A/3679/2018 - 13/20 - fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 7

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. Ainsi, 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

A/3679/2018 - 14/20 - appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Toutefois, 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). Par ailleurs, un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471 ; arrêt 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.2 et les références citées).

E. 8

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. 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

A/3679/2018 - 15/20 - 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. 9

a. En l'espèce, suite au dépôt par l'assuré d'une nouvelle demande en 2018, accompagnée de pièces médicales nouvelles, l'office intimé n'a pas rendu une décision de non entrée en matière, mais une décision au fond, intitulée « refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles ». L'intimé est donc entré en matière sur cette nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017). Comme cela a été précédemment exposé (cf. supra consid. 6), lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit en instruire les aspects médicaux et juridiques et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Afin de déterminer si, du fait d'une aggravation de l'état de santé, le degré d'invalidité du recourant s'était modifié, il appartenait donc en l'occurrence à l'intimé de comparer les faits tels qu'ils existaient lors de la décision d'octroi de rente (temporaire) de mai 2008 avec ceux qui prévalaient lors de la décision querellée. b. Pour rendre sa décision d'octroi de rente limitée dans le temps, en mai 2008, l'office s'était fondé, notamment, sur le rapport établi par les médecins du SMR en janvier 2008. Après avoir posé les diagnostics de déchirures méniscales internes des genoux gauche et droit, ainsi que de gonarthrose bilatérale débutante, les médecins du SMR avaient évalué la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité, tout en relevant que, du 8 août 2005 au 19 août 2007, l'assuré avait été incapable de travailler à des taux variables (NDR : un tableau récapitulatif établi par l'OAI faisait état d'un « taux d'invalidité » moyen de 88 %). L'assuré avait par la suite repris son activité professionnelle et annoncé qu'il mettait fin à ses démarches auprès de l'assurance-invalidité. c. Dans sa nouvelle demande, déposée en 2018, l'assuré a invoqué des gonalgies bilatérales, des lombalgies chroniques et des omalgies du côté gauche. À l'appui de sa demande, il a notamment produit divers rapports émanant de son médecin généraliste et de son rhumatologue, les Drs I_____ et K_____, ainsi que du Dr H_____, médecin-conseil de l'OCE. En outre, il a transmis le bilan d'une IRM lombaire effectuée en 2018. De ces documents, il ressort qu'en sus des atteintes des genoux - qu'il présentait déjà en 2008 -, l'assuré s'est vu diagnostiquer, en 2018, des troubles lombaires (discopathie dégénérative multi-étagée discrète et réaction inflammatoire du pied de l'articulation sacro-iliaque), pour lesquels il a été suivi par le Dr K_____. Par ailleurs, dans le préavis qu'il a rédigé en septembre 2016, le

A/3679/2018 - 16/20 - Dr H_____ a fait état de limitations fonctionnelles visant à épargner le coude gauche et le genou droit, tout en précisant notamment que l'état de santé de l'assuré n'était « pas compensé sur tous les plans » et que sa capacité de travail était remise en doute. Pour sa part, le Dr I_____ a indiqué que les troubles lombaires de l'assuré rendaient insupportable le maintien de positions statiques et réduisaient le périmètre de

marche (à 1 km), tandis que les gonalgies bilatérales et la gonarthrose entravaient encore les déplacements et que le port de charges était limité à 5 kg. Le Dr I_____ conclut à une capacité de travail nulle dans la profession de facteur- livreur, mais sans s'exprimer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité potentiellement mieux adaptée aux limitations fonctionnelles. d. Finalement, dans un rapport de synthèse établi sur dossier et daté du 23 juillet 2018, le SMR a déduit des documents versés au dossier, notamment du rapport rédigé par le Dr I_____ en juin 2018, que l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer son activité de facteur, en tout cas depuis mai 2018, mais qu'il demeurait capable d'exercer une activité adaptée à 100 %, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles, visant à épargner le rachis d'une part (alternance des positions, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, ni stations debout prolongées, ni port de charges supérieures à 10 kg ou utilisation d'engins vibrants) et les genoux d'autre part (pas de marche prolongée ou sur des terrains irréguliers, ni de travaux en positions accroupie ou à genoux, ni de montées d'escaliers ou d'échelles).

E. 10

a. Au regard des documents produits à l'appui de la seconde demande, la chambre de céans constate que l'état de santé de l'assuré semble s'être aggravé depuis la décision de 2008 : il ressort du rapport du SMR de 2008 que la capacité de travail de l'assuré n'était alors entravée que par des atteintes des deux genoux. Ce n'est qu'en 2018 que l'assuré a produit des rapports évoquant, en sus, des atteintes du dos et du coude gauche. Ces atteintes n'avaient pas été prises en considération en 2008, de sorte qu'il convient d'admettre la survenance d'une probable aggravation de l'état de santé. Cela étant, la chambre de céans constate que les répercussions des atteintes énoncées sur la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée, n'ont pas été suffisamment investiguées. b. En effet, le rapport de synthèse établi par le SMR - dont on relèvera qu'il a été établi sans examen clinique de l'assuré - ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport ne contient pas d'anamnèse proprement dite et, surtout, il ne repose pas sur des documents suffisamment probants, dès lors qu'aucun des médecins ayant examiné l'assuré suite au dépôt de la nouvelle demande ne s'est prononcé de façon motivée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. En particulier, le rapport du Dr I_____ de juin 2018, sur lequel le SMR s'est apparemment fondé, n'indique pas que l'exercice d'une activité adaptée serait exigible de l'assuré ; il met au contraire l'accent sur les limitations fonctionnelles de l'assuré, dont celles relatives au maintien de positions statiques, au périmètre de marche et au port de

 charges. Les autres médecins consultés par l'assuré, tels que les Drs K_____ et N_____, n'ont pas non plus formulé de conclusions confirmant l'exigibilité d'une activité adaptée. Quant au Dr H_____, il a indiqué que l'état de santé n'était « pas compensé sur tous les plans » et que la capacité de travail de l'assuré était « remise en doute », ce qui ne corrobore pas les conclusions du SMR. Pour le reste, il n'est pas possible de tirer de conclusions fiables du rapport d'IPT, dont seul un tirage incomplet figure dans le dossier de l'intimé. Cela est d'autant plus vrai qu'en audience, le recourant a exposé que le (seul) stage qu'il avait accompli avec l'aide d'IPT ne s'était pas très bien déroulé, notamment en raison de son état de santé et des divers médicaments qu'il prenait à l'époque. Au regard de ce qui précède et à l'inverse de ce qu'a considéré l'intimé, il était à tout le moins hasardeux de conclure, sans investigations supplémentaires impliquant un examen clinique complet, que le recourant était apte à exercer à 100 % une activité adaptée,

nonobstant l’aggravation de son état de santé. Enfin, on rappellera qu’il convient en règle générale de faire preuve de réserve par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier, lesquelles s’avèrent insuffisantes en l’occurrence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

E. 11

Le recourant se prévaut de troubles psychiques, à l’appui desquels il produit notamment un certificat d’arrêt de travail établi par le Dr M_____ le 20 septembre 2018 et deux rapports établis par la Dresse N_____ les 28 octobre et 17 décembre 2019, retenant les diagnostics de trouble dépressif moyen (F32.1) et de trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30). Dans ce contexte, l’intimé relève à juste titre que selon la jurisprudence, 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Cependant, les faits survenus postérieurement doivent 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). En l’occurrence, il est vrai que le premier document psychiatrique versé au dossier est un certificat d’arrêt de travail établi par le Dr M_____ le 20 septembre 2018, soit le jour où la décision attaquée a été rendue. Il ne peut toutefois pas être exclu que l’assuré ait présenté des troubles psychiques antérieurement au prononcé de ladite décision. En effet, le certificat du Dr M_____ se rapporte très vraisemblablement à des troubles qui préexistaient à la décision litigieuse. Dans le cadre de ses objections au préavis de l’OAI, soit antérieurement au prononcé de la décision, l’intéressé avait d’ailleurs précisément invoqué une dégradation de son

 état de santé psychique et annoncé qu’il produirait des rapports à ce propos, ce qu’il a ensuite fait. De son côté, la Dresse N_____ a fait état non seulement d’un trouble dépressif moyen, mais également d’un trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, existant depuis le début de l’âge adulte, c’est-à-dire avant le prononcé de la décision attaquée. Enfin, en présence d’une (apparente) péjoration de l’état de santé, il paraît nécessaire que les faits pertinents pour statuer sur la nouvelle demande soient établis de manière complète, tant sous l’angle somatique que sous l’angle psychique, sans renvoi intempestif à une éventuelle procédure ultérieure (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATAS/452/2017 du 6 juin 2017 consid. 5b). En conséquence, il appartiendra à l'intimé, dans le cadre du complément d'instruction à venir, d’examiner également la question d'une éventuelle incapacité de travail sous l’angle psychiatrique.

E. 12

Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire à ce stade d'examiner si, de manière réaliste, le recourant pourrait retrouver un emploi adapté, eu égard à son âge. En effet, pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y

relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Dans le cas particulier, vu l’absence au dossier de rapport probant permettant d’évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, il est prématuré en l’état de trancher la question de savoir si le recourant pourrait se réinsérer professionnellement, malgré son âge. C’est à l’intimé qu’il incombera d’examiner la question, une fois l’instruction complétée.

E. 13

En conclusion, dans la mesure où l’intimé était entré en matière sur la demande de révision, il lui appartenait d’instruire le dossier sous l’angle médical. Il a toutefois pris le parti de la rejeter, sans élucider à satisfaction de droit la capacité de travail du recourant, depuis l’aggravation de son état de santé. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision du 20 septembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l’intimé pour qu’il ordonne une expertise en rhumatologie et psychiatrie, selon la procédure prévue à l’art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision portant sur le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

E. 15

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3679/2018 - 19/20 - ******

A/3679/2018 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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