

# **GE\_GERICHTE ATAS/81/2022 vom 3. Februar 2022**

GE Cour de justice, 2022-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_81\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_81_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/81/2022 du 3 février 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/81/2022 del 3 febbraio 2022

## **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**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 3.2**

; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

### **E. 4**

Le litige porte sur la question du droit du recourant à des prestations invalidité, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force de l'OAI.

### **E. 5.1**

Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon A/719/2019 - 11/18 - 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 (ATF

134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

### **E. 5.2**

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

### **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). 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, mentale ou psychique 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).

### **E. 7**

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.

A/719/2019 - 12/18 -

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

## **E. 8**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

## **E. 9.1**

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).

A/719/2019 - 13/18 - 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.

## **E. 9.2**

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 9.3**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

### **E. 10.1**

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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/719/2019 - 14/18 - La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et

### **E. 10.2**

La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

### **E. 11**

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 ; 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. 12

En l'espèce, l'assuré invoque, sur la base du rapport médical du 18 mars 2019 de son médecin traitant le Dr H\_\_\_\_\_, une aggravation de son état de santé, intervenue dans le courant de l'année 2018. L'intimé rejette cette hypothèse ; après être entré en matière sur la nouvelle demande, l'OAI a conclu, sur la base du rapport de son SMR, que la situation du A/719/2019 - 15/18 - recourant était identique à celle du 25 avril 2013, date de la dernière décision de l'OAI, confirmée par la chambre de céans dans son arrêt du 8 octobre 2013 (ATAS/983/2013), et a rejeté la demande de prestations. En tenant compte, à la fois des plaintes du patient et du dossier à disposition, les deux experts, respectivement en orthopédie et en psychiatrie, ont confirmé dans leurs rapports et par consilium, que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100 %, à partir du 21 novembre 1992, dans une activité adaptée, en considérant toutefois des périodes avec une incapacité temporaire à 100 %, lors de l'ablation chirurgicale des corps étrangers, jusqu'à guérison des cicatrices. La capacité de travail était de 100 % dans une activité simple, ritualisée, avec faible interaction humaine, en milieu bienveillant (de préférence en solitaire) entre 2005 et juin/août 2010. Il y avait eu une incapacité de travail à 100 %, dans toute activité, à partir de juin/août 2010 jusqu'à mars 2015. Ensuite, l'expertisé avait récupéré une capacité de travail de 100 %, dans une activité simple, ritualisée et adaptée également aux limitations fonctionnelles somatiques concernant les membres inférieurs, à partir de mars 2015, en tenant compte également des limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur droit, depuis juin 2021. Les rapports d'expertise orthopédique et psychiatrique remplissent, sur le plan formel, plusieurs exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, les rapports contiennent une anamnèse détaillée, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives et les plaintes du recourant, les observations cliniques, les critères jurisprudentiels concernant l'expertise psychiatrique, des diagnostics motivés, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des experts sont cohérentes. Les expertises ne montrant pas de contradictions internes, la chambre de céans ne peut s'en écarter, étant rappelé que la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice, afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que les rapports d'expertise, respectivement du 27 octobre 2021 et du 15 novembre 2021, revêtent une valeur probante et que leurs conclusions peuvent être suivies. Selon l'expert K\_\_\_\_\_, le seul trouble de la santé apparu depuis la décision de 2013 est l'atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il situe l'apparition du trouble au moment de l'examen du recourant, en juin 2021, soit bien après la date de la décision querellée. Étant rappelé que 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 A/719/2019 - 16/18 - 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). L'expert expose que le trouble de la coiffe des rotateurs n'a pas encore été « bilanté » ni traité et que l'on ne peut pas encore établir si le diagnostic participe de façon durable à l'incapacité de travail. Toutefois, l'expert orthopédique ajoute avoir pris en compte le diagnostic au niveau des limitations fonctionnelles (rapport K\_\_\_\_\_, pp. 39 et 40). En ce qui concerne l'obésité, que le recourant invoque comme élément nouveau à prendre en compte, l'expert K\_\_\_\_\_ remarque « une certaine réduction de poids », l'obésité ayant atteint son point culminant à 130 kg selon l'expertisé alors que l'expert note qu'il est de 119 kg au moment de l'expertise. Au vu de la baisse de poids, on ne saurait admettre que cet élément peut entrer en ligne de compte dans l'aggravation alléguée par le recourant. Sur le plan somatique, ces deux éléments n'ont donc – à dire d'expert – pas eu pour effet d'aggraver l'état de santé du recourant, si ce n'est l'introduction d'une limitation fonctionnelle supplémentaire, soit éviter le port de charges supérieures à 5 kg, en lien avec les troubles de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, le diagnostic de douleurs chroniques avec sensibilisation centrale retenu par l'expert orthopédique n'a, selon ce dernier, qu'une répercussion modérée sur la vie de tous les jours du recourant (rapport K\_\_\_\_\_, p. 35, ch. 2.1.3). L'expert psychiatre parvient à la même conclusion, estimant qu'il n'y a pas d'effet incapacitant et excluant un syndrome douloureux somatoforme persistant, dans la mesure où lesdites douleurs sont évoquées par l'expertisé « en passant » mais ne dominent « absolument pas l'échange » avec l'expert (rapport I\_\_\_\_\_, p. 13). Sur le plan psychique, l'expert n'a relevé aucun élément pouvant justifier une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. Il a mentionné des éléments permettant de mettre en doute les plaintes du recourant, au niveau des douleurs, des bruits dans la tête et des troubles de la concentration (rapport I\_\_\_\_\_, p. 19). Le diagnostic de stress post-traumatique n'est pas retenu par l'expert, qui réfute le diagnostic posé par le médecin traitant du recourant, le Dr H\_\_\_\_\_, qui considère que ce trouble amenait, depuis une vingtaine d'années, des limitations dans la vie quotidienne du recourant, à 100 %. Les arguments de l'expert psychiatre, qui se fonde notamment sur le bilan neuropsychologique - montrant une majoration massive des symptômes par le recourant - pour se distancer de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, sont convaincants. Étant rappelé qu'en ce qui concerne les rapports

A/719/2019 - 17/18 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Il convient d'ajouter que s'agissant du consilium, la conclusion mentionnée par l'expert psychiatre, p. 28, 4ème point de son rapport est visiblement entachée d'une coquille, la capacité de travail étant de 100% (et non pas de 50 % comme écrit dans le rapport) dans une activité simple, ritualisée avec faible interaction humaine. En effet, la capacité de travail de 100% ressort du rapport, p. 27, ch. 12 où l'expert psychiatre mentionne qu'une « activité adaptée telle que définie plus haut est pleinement exigible », ainsi que des p. 23 et 24, points 9.3 et 9.4 du même rapport. Cette appréciation ressort également du consilium, figurant en p. 43 du rapport de l'expert K\_\_\_\_\_, où la capacité de travail du recourant, dans une activité simple, ritualisée et bienveillante, telle que recommandée par les experts, est bien de 100 %.

À l'aune de ce qui précède, l'assuré n'a pas rendu plausible un changement notable de son état de santé pouvant influencer ses droits depuis la dernière décision du 25 avril 2013 ; dès lors, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

**E. 14**

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/719/2019 - 18/18 - 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.