

GE_GERICHTE ATAS/899/2014 vom 19. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_899_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/899/2014 du 19 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/899/2014 del 19 agosto 2014

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 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).

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, 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 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 24 janvier 2014 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 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

A/472/2014 - 12/19 -

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RSG E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à l'obtention d'une rente d'invalidité.

E. 6

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. 7

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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.

E. 8

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). 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. 9

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

A/472/2014 - 13/19 - 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. 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). 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, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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/472/2014 - 14/19 - En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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. A 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 des assurances 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). 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. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a retenu, sur la base de l'appréciation du SMR, que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le

A/472/2014 - 15/19 - 2 avril 2012, et a procédé à une comparaison des revenus afin d'établir le degré d'invalidité. Or, il ressort de l'avis du 20 septembre 2013 du Dr Q_____ que la capacité de travail du recourant était entière dès le 2 avril 2012 dans une activité adaptée, et dès le 21 janvier 2013 dans l'activité habituelle. Etant rappelé que le recourant a déposé sa demande de prestations le 15 août 2012 et qu'un éventuel droit à la rente n'a pu naître qu'à partir du 15 février 2013, l'intimé aurait dû, non pas calculer le taux d'invalidité dès le 2 avril 2012, mais conclure que, au moment déterminant, le recourant ne présentait plus aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail, cette dernière étant totale dans toute activité.

E. 12

En tout état de cause, il convient d'examiner la valeur probante des différents rapports produits.

E. 13

Dans le cadre de la procédure initiée par le recourant à l'encontre de la décision prise par l'assureur-accidents, la chambre de céans a considéré que l'appréciation du Dr E_____, médecin d'arrondissement, emportait sa conviction. Cela étant, cette détermination porte avant tout sur l'existence d'un éventuel rapport de causalité entre l'accident survenu le 24

octobre 2011 et les douleurs à la hanche dont se plaint le recourant depuis lors, et non pas sur la capacité de travail de ce dernier compte tenu de son état de santé global. Partant, l'appréciation du médecin d'arrondissement ne saurait être suffisante pour trancher le présent litige.

E. 14

Concernant l'avis émis par le médecin du SMR, la chambre de céans observe que ce document ne contient aucune motivation. Ainsi, à titre d'exemple, le Dr Q_____ ne mentionne pas les limitations fonctionnelles retenues pour conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée entre le 2 avril 2012 et le 21 janvier 2013. En outre, son appréciation apparaît fondée sur des considérations incomplètes et erronées. En effet, il a notamment conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 2 avril 2012, estimant que cette date correspondait à celle de la fin de la prise en charge par l'assureur-accidents. Or, il ressort des pièces produites que, si l'assureur-accidents a effectivement décidé dans un premier temps de suspendre ses prestations à compter du 1er avril 2012, il a ensuite retenu, à l'appui de sa décision du 5 juillet 2013, que sa responsabilité pour les troubles de la hanche n'était plus engagée à compter du 2 avril 2013. De surcroît, comme précédemment exposé, la position de l'assureur-accidents ne saurait être décisive pour l'issue de la présente procédure, laquelle n'est pas limitée aux conséquences du sinistre du 24 octobre 2011. Dans ces conditions, l'avis du médecin du SMR ne peut pas être pris en considération.

E. 15

Le rapport du Dr N_____ du 25 janvier 2013 est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier du recourant, les plaintes de ce dernier ont été prises

A/472/2014 - 16/19 - en compte et l'examineur a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis. Le Dr N_____ a dûment expliqué que les douleurs persistantes de la hanche droite étaient d'étiologie indéterminée et ne reposaient sur aucune base organique évidente. Il a sollicité que l'ENMG suggéré par le Dr G_____ soit réalisé, afin d'exclure une radiculopathie et « d'aller jusqu'au bout du bilan avant de reconnaître de manière définitive l'absence de lésion organique ». Si l'examen neurologique ne révélait pas d'atteinte radiculaire, il n'y aurait plus de justification à la poursuite d'une incapacité de travail et il n'y aurait pas lieu d'envisager une limitation de la capacité fonctionnelle, et ce dès le jour de son examen. Compte tenu du fait que les examens complémentaires de la Dresse P_____ n'ont pas apporté d'argument en faveur d'une atteinte radiculaire, il s'impose de constater que les investigations réalisées sont complètes et ont permis d'écarter toute lésion organique. Au surplus, la chambre de céans relève que l'appréciation du Dr N_____ est corroborée par de nombreuses pièces du dossier. Ainsi, le Dr F_____ a conclu que l'IRM du 22 mars 2012 ne révélait aucune anomalie en regard des sacro-iliaques, du bassin et des hanches, seule la présence d'une discopathie avec une hernie discale extra-foraminale droite en L4-L5 était relevée (rapport du 23 mars 2012). Le Dr G_____ a considéré qu'il n'y avait pas de corrélation pathologique claire pour expliquer la situation algique du recourant (rapport du 31 mai 2012). Le Dr I_____ a certes évoqué une possible lésion des tissus mous, en particulier musculaires, et suggéré de compléter le bilan par une IRM (rapport du 10 octobre 2012), mais l'examineur a rejeté cette hypothèse, rappelant qu'une IRM avait déjà été pratiquée en mars 2012 et qu'elle n'avait pas mis en évidence de lésion

traumatique, ni dans les tissus mous, ni au niveau osseux. Cette conclusion a d'ailleurs encore été confirmée par le Dr C_____, lequel a réalisé une seconde IRM du bassin et de la hanche droite en janvier 2013, et constaté qu'il n'y avait aucune anomalie significative, en particulier ni bursite ni autre anomalie musculaire. Seule une discrète irrégularité du labrum pouvant témoigner d'un remaniement dégénératif débutant était signalée (rapport du 30 janvier 2013). Le Dr E_____ a lui aussi considéré que les différents examens radiologiques, en particulier les deux IRM du bassin effectués à un mois et à plus d'un an du traumatisme, n'avaient pas révélé de lésion osseuse, cartilagineuse ou musculaire. Il n'y avait pas de lésions structurelles permettant d'expliquer les troubles dont se plaignait le recourant à plus d'un an et demi du sinistre (rapports des 6 mai et 21 juin 2013). Eu égard à tout ce qui précède, force est de constater que les conclusions du rapport du Dr N_____, dûment motivées, apparaissent des plus convaincantes. Reste à examiner si, comme le soutient le recourant, les rapports produits dans le cadre de son droit d'être entendu permettent de douter de leur bien-fondé.

E. 16

octobre 2012). De telles conclusions sont de surcroît corroborées par le rapport du Dr S_____ concernant l'intervention du 20 juin 2014, postérieur donc à la décision litigieuse, puisque ce médecin atteste d'une incapacité de travail d'une durée de dix-sept jours dès l'opération subie. Certes, le Dr O_____ retient une capacité de travail de 80% dans toute activité ainsi que plusieurs limitations fonctionnelles (rapport reçu par l'intimé le 14 juin 2013), mais la chambre de céans constate que ce document contient des incohérences, dès lors qu'il mentionne également que le recourant ne présente aucune incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée, laquelle est encore exigible, et fait uniquement état d'une diminution de rendement de « 10-20% ». Eu

A/472/2014 - 18/19 - égard à ce qui précède, il y a lieu de considérer que les rapports des Drs O_____ et D_____ ne remettent pas en cause les conclusions du Dr N_____, lequel a retenu une pleine capacité de travail dès le jour de son examen, et ce sans aucune contre-indication. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport du Dr N_____ et considère, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que la capacité de travail du recourant est totale dans toute activité dès le 22 janvier 2013. Il n'est donc nul besoin de procéder à une instruction complémentaire, comme requis par le recourant.

E. 17

Enfin, le recourant allègue avoir été victime d'un nouveau sinistre le 3 mai 2013 et avoir subi depuis lors plusieurs luxations de l'épaule. Les seules pièces produites avant la décision litigieuse sont des rapports de son médecin-traitant faisant état de douleurs causées par des luxations de l'épaule droite à répétition, sans autres précisions (cf. rapports des 24 juin et 1er août 2013). Le recourant n'a en particulier jamais transmis à l'intimé copie d'une déclaration d'accident ou de rapports de spécialistes renseignant sur les diagnostics, leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, les examens réalisés ou encore les traitements suivis en lien avec cette atteinte. L'unique pièce contenant des informations relatives à l'épaule est le rapport signé par le Dr R_____ qui a conclu, après une IRM de l'épaule droite réalisée en juin 2014, à un signe de tendinopathie, à une lésion partielle du tendon et à un stigmate d'un status après une luxation. Au vu des pièces produites, rien ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant souffrait

déjà, lorsque la décision dont est recours a été rendue, soit le 24 janvier 2014, des troubles diagnostiqués par l'IRM du 30 juin 2014, étant rappelé que la chambre de céans doit apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse.

E. 18

Partant, à défaut d'atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de gain de manière permanente ou pour une longue durée, force est de conclure que le recourant ne peut prétendre à aucune prestation de la part de l'intimé.

E. 19

Le recours sera donc rejeté. 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 le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/472/2014 - 19/19 - 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.