

GE_GERICHTE ATAS/917/2021 vom 1. September 2021

GE Cour de justice, 2021-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_917_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/917/2021 du 1 septembre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/917/2021 del 1 settembre 2021

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.

A/1651/2020 - 11/18 -

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.

E. 3

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 pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

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 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. 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. 28 al. 2 LAI). 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. 7

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

A/1651/2020 - 12/18 - 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). 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder 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).

E. 8

La jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11). Dans l'arrêt 9C_881/2019 précité, le Tribunal fédéral a considéré que dans la mesure où il était établi par un rapport médical qu'au niveau du genou gauche et de l'épaule gauche de l'assuré, la situation ne s'était pas modifiée d'une manière essentielle depuis une année, il était raisonnable d'admettre que la situation était stabilisée. Il en allait de même en ce qui concerne la cheville gauche, sept mois après une fracture non

déplacée de la malléole interne. Selon l'ATAS/56/2016 précité, si un état stationnaire peut être considéré comme étant stabilisé, il n'en va pas de même lorsque des mesures médicales sont préconisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 490/05 du 22 novembre 2006 consid. 2.1). Dans un arrêt 9C_839/2017 du 24 avril 2018, le Tribunal fédéral a jugé que le fait que le recourant avait subi une intervention chirurgicale au poignet droit postérieurement au prononcé administratif et que cette intervention était apparemment liée à des séquelles de l'accident en cause ne suffisait pas pour rendre

A/1651/2020 - 13/18 - vraisemblable qu'elle aurait été de nature à influencer l'appréciation des atteintes à la santé du recourant au moment du prononcé de la décision litigieuse. En instance cantonale, le recourant n'avait produit aucun rapport relatif à cette opération et qui aurait établi que son état de santé n'était pas stabilisé au moment de la décision. De plus un médecin avait déjà pris en compte la nécessité d'une telle intervention qui avait selon lui pour seul objectif de diminuer les douleurs résiduelles ressenties par le recourant à son poignet droit mais pas d'en améliorer la fonction.

E. 9

9.1. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

E. 9.2

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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 9.3

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.

A/1651/2020 - 14/18 - 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 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

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

A/1651/2020 - 15/18 - 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. 11

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. 12

12.1. En l'espèce, l'intimé a retenu dans la décision querellée que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à l'issue du délai d'attente, soit le 17 septembre 2016, en se fondant sur l'expertise du SMEX du 18 mars 2019. Il convient de déterminer en premier lieu la valeur probante de cette dernière.

E. 12.2

Sur le plan psychiatrique, il faut relever que ce rapport ne mentionne pas le rapport établi le 11 février 2019 par le Dr H_____, qui ne figurait sans doute pas encore au dossier qui a été transmis aux experts. Il est regrettable que l'expert psychiatre ait jugé inutile de recourir à des informations fournies par des tiers, comme il l'a indiqué dans son rapport, car l'appréciation du Dr H_____, qui suivait le recourant depuis avril 2018, était nécessaire à une bonne compréhension de son état de santé sur le plan psychiatrique. Or, selon le psychiatre traitant, le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen et toute reprise de travail semblait impossible actuellement, contrairement à l'appréciation de l'expert psychiatre, qui a retenu un diagnostic de trouble mixte de la personnalité non incapacitant. Il en résulte que le rapport d'expertise du SMEX ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan psychiatrique. Il n'y a toutefois pas lieu de procéder à une instruction complémentaire, dès lors que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité en raison de son atteinte orthopédique.

E. 12.3

Sur le plan orthopédique, l'expert du SMEX a retenu que le recourant était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis l'accident du

E. 12.4

Les experts n'ont pas discuté de la stabilisation de l'état de santé du recourant. Au vu de l'évolution du cas, l'intimé ne pouvait pas retenir dans sa décision du 14 mai 2020 que l'état de santé du recourant était stabilisé entre le 1er décembre 2016 au 28 février 2018. Certes, le Centre de Chirurgie & Thérapie de la main a considéré le 1er décembre 2016 qu'il n'y avait pas de chirurgie à proposer au recourant, mais le rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 24 mars 2017 indiquait, en substance, que l'état de santé du recourant allait en s'aggravant (canal carpien à droite) et que si des réserves étaient émises au sujet d'une opération, un tel acte ne serait n'était exclu en cas d'échec du traitement conservateur. De plus, le 8 septembre 2017, la Dresse F_____ a décidé d'organiser une nouvelle arthro-IRM pour faire un bilan et décider si une prise en charge chirurgicale se justifiait et le recourant a finalement été opéré le 15 mars 2018. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait pas considérer, le 14 mai 2020, que l'état de santé du recourant était stabilisé entre le 1er décembre 2016 et le 28 février 2018. S'agissant de la période courant

dès mi-juin 2018, la Dresse F_____ estimait, dans son rapport du 4 septembre 2018, qu'une reprise du travail (reconversion) était précoce et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail. Le 6 février 2019, la Dresse F_____ mentionnait une évolution défavorable dans les suites de la prothèse RCPI au niveau du poignet gauche de l'assuré avec une raideur articulaire qui était majeure et proposait une arthrodèse du poignet. Selon un rapport établi par les HUG le 7 novembre 2019, une arthroplastie totale du poignet gauche a été effectuée le 17 septembre 2019. Un arrêt de travail pour maladie a été établi le 23 mars 2020 par le Dr K_____, qui indiquait que le recourant était en incapacité de travail depuis le 19 septembre 2019, date de la mise en place d'une prothèse de poignet à gauche, jusqu'à ce jour. Il en résulte que l'intimé ne pouvait pas retenir sur la base des pièces au dossier que l'état de santé du recourant était stabilisé dès mi-juin 2018 dans sa décision du 14 mai 2020. En conséquence, c'est à tort que l'intimé a pris en compte la capacité de travail résiduelle du recourant pour déterminer son taux d'invalidité. Il aurait en effet dû, à teneur de la jurisprudence, se fonder uniquement sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. Il est établi en l'espèce que le recourant a été totalement incapable de travailler depuis le 18 septembre 2015, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016, étant précisé qu'il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 15 mars 2016, soit le premier jour du mois pendant lequel le droit à la rente et à son versement a pris naissance (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI). 13. En conséquence, le recours sera admis, la décision querellée annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016. 14. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans

A/1651/2020 - 17/18 - l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (cf. ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21; 110 V 72 consid. 7 p. 81; 135 V 473 consid. 3.3 p. 473; arrêt du Tribunal fédéral 9C_62/2015 du

E. 17

septembre 2015. Cette conclusion n'est pas contestée et est convaincante, à teneur du dossier. Dans cette mesure, le rapport d'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La question du bien-fondé de l'évaluation par l'expert de la capacité de travail dans une activité adaptée peut rester ouverte, dès lors qu'il sera démontré ci-après que l'état de santé du recourant n'a pas été stabilisé depuis son accident jusqu'au moment où a été rendue la décision querellée, de sorte que seule la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être prise en compte pour fixer le taux d'invalidité.

A/1651/2020 - 16/18 -

E. 20

novembre 2015 consid. 6.2). En l'espèce, le recourant a rédigé lui-même ses écritures et a comparu seul à l'audience de comparution personnelle. Il a indiqué à cette occasion que son conseil l'avait aidé à rédiger son recours et que celui-ci ne se présentait pas à l'audience pour des raisons financières. Il se justifie dans ces circonstances d'octroyer au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30

juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 15. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1651/2020 - 18/18 -

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.