

GE_GERICHTE ATAS/950/2015 vom 3. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_950_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/950/2015 du 3 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/950/2015 del 3 dicembre 2015

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) en vigueur depuis 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.

A/252/2015 - 12/18 -

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). 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 8 décembre 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 et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre 2014 au 2 janvier 2015 inclusivement, le recours interjeté le 26 janvier 2015 dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le point de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le 19 janvier 2012, date à laquelle l'intimé a rejeté sa demande de prestations en retenant une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de dessinateur en bâtiment et 100 % dans une activité adaptée.

E. 5

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans

A/252/2015 - 13/18 - les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 7

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 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

A/252/2015 - 14/18 - 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 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 125 V 351 consid. 3).

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9

Enfin, 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

A/252/2015 - 15/18 - 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

a. En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations. b. A l'appui de sa première décision de refus du 19 janvier 2012, l'intimé s'était fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du 14 mars 2011 du Dr J_____ du SMR, lequel avait diagnostiqué des cervico-brachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C4-C5 et rétrécissement canalaire, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et une arthrose acromio-claviculaire. Le recourant avait été en incapacité de travail totale du 11 janvier au 31 octobre 2010. Dès le 1er novembre 2010, il avait recouvré une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée. Dans son rapport, le Dr J_____ a notamment indiqué que les radiographies de l'épaule droite et de l'articulation acromio-claviculaire droite mettaient en évidence de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire droite. Il existait également une toute petite ossification ronde à la pointe de l'acromion, sans signification pathologique. Il a relevé qu'une arthro-IRM de l'épaule droite ne mettait en évidence qu'une arthrose acromio-claviculaire d'importance moyenne, une coiffe en ordre, sans aucun signe de tendinopathie, ni de rupture. La trophicité musculaire était bonne. Sur les coupes transversales, le supra-scapulaire, le long biceps et l'infra-épineux ne présentaient pas d'anomalie. c. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 17 octobre 2013, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 8 décembre 2014, en se fondant sur les avis du SMR, que la situation du recourant était la même que celle retenue dans la décision du 19 janvier 2012, à savoir une capacité de travail de 80% dans son activité de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. d. Dans le cadre de l'instruction menée par la chambre de céans, le Dr Z_____ a expliqué que le recourant l'avait consulté en septembre 2014 en raison de douleurs à l'épaule droite et que l'IRM pratiquée rapidement avait permis de mettre en évidence une rupture du sus-épineux, le déplacement d'un tendon et un acromion agressif frottant contre les structures musculaires et tendineuses. Les douleurs étaient alors invalidantes puisqu'elles étaient provoquées par le simple fait d'écrire et elles entraînaient une incapacité de travail totale du recourant en septembre 2014, soit au moment où il avait examiné le recourant. Il ne savait pas depuis quand les douleurs étaient apparues, ni depuis quand elles étaient devenues invalidantes

A/252/2015 - 16/18 - (procès-verbal d'enquêtes du 7 mai 2015). Le Dr AB_____, également entendu par la chambre de céans, a expliqué avoir procédé à la suture de la coiffe

des rotateurs le 17 mars 2015. Il a confirmé la rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, une inflammation du biceps ainsi qu'un acromion de degré deux sur trois qui se traduisaient par des douleurs et une impotence fonctionnelle. Il a expliqué que le recourant, limité dans sa mobilité et au niveau de la force, était dans l'incapacité totale d'exercer son activité de poseur de moquettes depuis septembre 2014. Il ne savait pas si ces atteintes entraînaient également une incapacité de travail dans l'activité de dessinateur sur ordinateur (procès-verbal du 7 mai 2015). e. S'agissant de l'épaule droite du recourant, force est donc de constater une aggravation depuis le 19 janvier 2012 (date de la dernière décision de refus de prestations entrée en force). En effet, il apparaît qu'en septembre 2014, une IRM a révélé la rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, une inflammation du biceps ainsi qu'un acromion de degré deux sur trois, alors que par rapport du 14 mars 2011, le Dr J_____ faisait état de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire droite, d'une toute petite ossification ronde à la pointe de l'acromion, sans signification pathologique, d'une arthrose acromio-claviculaire d'importance moyenne, une coiffe en ordre, sans aucun signe de tendinopathie, ni de rupture. La trophicité musculaire était alors bonne et sur les coupes transversales, le supra- scapulaire, le long biceps et l'infra-épineux ne présentaient pas d'anomalie. Cela étant, la chambre de céans rappellera qu'une modification sensible de l'état de santé ne suffit pas encore à retenir une modification du degré d'invalidité. Il importe en effet que les atteintes aient un impact sur la capacité de gain de l'assuré et, à cet égard, influent sur son degré d'invalidité. Or, en l'espèce, les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer si l'aggravation des troubles à l'épaule droite du recourant a eu des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité de dessinateur en bâtiment, et, cas échéant, depuis quand et à quel taux. En effet, ni le Dr Z_____, ni le Dr AB_____ n'ont été en mesure de se prononcer sur ces questions. En pareilles circonstances, la chambre de céans ne saurait se déterminer sur la capacité de travail du recourant ni, partant, procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment du refus de prestations (décision du 19 janvier 2012) et se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale orthopédique. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé, bien qu'informé dans le cadre de la procédure d'audition du recourant que des investigations supplémentaires étaient en cours concernant les cervico- brachialgies bilatérales dont souffrait ce dernier (rapport du Dr S_____ du 30 janvier 2014), a malgré tout notifié sa décision sans procéder à d'autre instruction. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

A/252/2015 - 17/18 - Par conséquent, le recours est partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, qui est représenté et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du

E. 12

septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort

du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/252/2015 - 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.