

GE_GERICHTE ATAS/950/2019 vom 21. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_950_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/950/2019 du 21 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/950/2019 del 21 ottobre 2019

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

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. 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

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 A/941/2018 - 13/22 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant, singulièrement, s'il existe une aggravation de son état de santé entre le 20 janvier 2015 et le 14 février 2018, dates auxquelles l'intimé a rejeté la première, respectivement la seconde demande de prestations d'assurance-invalidité du recourant.

E. 5

a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation

médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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 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 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). b. Le fait que l'administration procède d'elle-même à des investigations supplémentaires ne signifie pas encore qu'elle soit entrée en matière (cf. parmi d'autres les arrêts du Tribunal 8C_531/2013 du 10 juin 2014 consid. 4.2.4 et 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les références). En revanche, dans un arrêt du 14 juin 2017, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'administration souhaite connaître l'avis du SMR quant à l'existence d'une éventuelle péjoration

A/941/2018 - 14/22 - mais que celui-ci estime ne pas être en mesure de se prononcer sur la base des documents déposés à l'appui de la nouvelle demande de prestations et entend encore obtenir des précisions de la part des médecins traitants, il fait clairement état de doutes quant au caractère plausible d'une détérioration de la situation. Cependant si le SMR recommande néanmoins de poursuivre l'instruction de la cause en recueillant les avis des différents médecins traitants sur la base desquels il admet ensuite de façon explicite qu'il y a pas de modification de l'état de santé, il s'agit d'une conclusion qui porte sur l'existence – en soi – de l'aggravation et non sur sa plausibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c. En l'espèce, le SMR a demandé des précisions à la Dresse I_____ en date du 11 octobre 2016. Quant à l'intimé, il a adressé, le 10 avril 2017, un formulaire de rapport médical intermédiaire au Dr F_____, invitant ce dernier à « actualiser le dossier depuis juillet 2016 [sic] », ce qui correspond à une comparaison avec la situation telle qu'elle se présentait à la suite du dépôt de la nouvelle demande de prestations en juin 2016 – mais non avec celle qui prévalait au moment de la décision de refus de prestations du 20 janvier 2015. C'est dans ce cadre précis que le Dr F_____ a rendu son rapport intermédiaire du 28 avril 2017, sur la base duquel la Dresse K_____, médecin SMR, a conclu par avis du 2 novembre 2017 que les éléments mis à sa disposition ne rendaient « pas plausible » une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'avis SMR du 9 janvier 2015 – sur lequel l'intimé s'était fondé pour sceller le sort de la première demande de prestations, déposée le 27 septembre 2013. Dans ce même avis du 2 novembre 2017, la Dresse K_____ n'en a pas moins conclu expressément que la capacité de travail était toujours de 100 % dans l'activité habituelle « d'ouvrier en horlogerie » (sic) comme dans toute activité adaptée. Or, force est de constater qu'en prenant cette dernière conclusion, ce médecin SMR s'est prononcé à tout le moins indirectement sur l'aggravation

en soi par la négative et ne s'est donc pas contenté d'en réfuter le caractère plausible. Quant à la décision entreprise, elle reprend certes à son compte l'affirmation selon laquelle l'aggravation de la situation médicale n'aurait pas été rendue plausible. Cependant, elle ne prend pas pour autant la forme d'une décision de refus d'entrée en matière mais tire les conséquences du maintien d'une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, non seulement en s'intitulant « Décision [à la ligne] Refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles », mais aussi en rappelant dans la motivation invoquée que le SMR considère que le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle. Par conséquent, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Au demeurant, le bien-fondé d'une telle interprétation de l'acte attaqué a été confirmé par l'intimé lors de son audition par la chambre de ceans le 28 janvier 2019.

E. 6

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

A/941/2018 - 15/22 - 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). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

E. 7

a. 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). b. 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). Si l'administration 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

A/941/2018 - 16/22 - 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 et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

E. 8

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). 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 141 V 281 consid. 2.2 et 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), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger

ou moyen (ATF 143 V 409

A/941/2018 - 17/22 - consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

E. 9

a. 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. 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. 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). c. 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. c/aa. 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). c/bb. Un rapport du SMR a 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

A/941/2018 - 18/22 - 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). De tels rapports ne sont cependant 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 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c/cc. 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). c/dd. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). Cependant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références citées).

E. 10

a. 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

A/941/2018 - 19/22 - 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). 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une

expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque- là ou qu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 20 janvier 2015 avec celle existant au moment de la décision du

E. 14

février 2018 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision du 20 janvier 2015 se fondait sur l'avis émis le 19 janvier 2015 par le SMR. Ce dernier avait admis une capacité de travail nulle dans toute activité du 1er mars 2013 au 21 octobre 2013 et le recouvrement d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles lombaires (port de charges supérieures à 15 kg, marche au-delà de 2 km, position debout au-delà d'une heure, position assise au-delà de deux heures, activités en porte-à-faux lombaire ou penchées en avant, mouvements répétitifs de flexion ou rotation lombaires de forte amplitude et répétitifs) et du genou gauche (marches fréquentes au-delà de 1 km, marche sur terrain irrégulier, activités à genoux ou en position accroupie, mouvements de torsion du genou) retenues par le Dr H_____. À la suite de la nouvelle demande déposée le 13 juin 2016, le Dr F_____ a indiqué en substance que les diagnostics qu'il avait posés dans le cadre de l'examen de la première demande n'avaient pas changé et qu'il persistait également une boiterie

A/941/2018 - 20/22 - douloureuse et des limitations fonctionnelles concernant la station assise et debout prolongée, ainsi que les mouvements répétitifs de flexion du tronc. À cet égard, un rapport de stage des EPI, évaluant à 50 % le rendement d'un stage à 50 % méritait, selon ce médecin, que l'intimé se repositionnât. Invité le 10 avril 2017 par l'OAI à actualiser le dossier depuis « juillet 2016 », le Dr F_____ a répondu le 28 avril 2017 que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis fin 2016, sans changement dans les diagnostics, dans le cadre d'un état « cliniquement stationnaire ». Il a précisé que cette évolution était marquée par une aggravation des limitations à la marche – la marche prolongée étant restreinte à une distance inférieure ou égale à 500 m – et une station assise qui ne pouvait être tenue plus de trois heures de suite, de sorte que la capacité de travail était de 50 % en tant que dessinateur DAO, ce poste étant adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. S'agissant des aspects psychiques du cas – absents du dossier dans le cadre de l'examen de la première demande –, ils étaient caractérisés par un épisode dépressif pris en charge depuis le 15 avril 2014 et survenu dans le contexte de la perte d'une bonne partie de ses aptitudes physiques, notamment du fait des lombalgies et gonalgies. Sur la base des rapports recueillis à la suite du dépôt de la demande de prestations, du 13 juin 2016, le médecin SMR a estimé par avis du 2 novembre 2017 que le Dr F_____ ne donnait ni description clinique ni explication à l'appui de l'aggravation alléguée, alors même qu'il évoquait une situation clinique stationnaire. Quant à la Dresse I_____, il ressortait de ses explications que c'était des raisons somatiques qui dominaient à l'appui de son appréciation de la capacité de travail – selon elle réduite à 50 %. En conclusion, le médecin SMR a

estimé que les éléments médicaux mis à sa disposition ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, de sorte que celui-ci disposait toujours d'une capacité de travail entière, que ce soit dans l'activité habituelle d'ouvrier en horlogerie ou dans toute activité adaptée. Les conclusions du médecin SMR, sur lesquelles se fonde la décision de refus de prestations du 14 février 2018, ne sauraient être suivies pour plusieurs raisons. En effet, la Dresse I_____ ne s'est pas contentée d'apprécier différemment une situation connue. Elle a diagnostiqué une pathologie qui n'avait pas été observée auparavant et indiqué que son patient était limité physiquement mais aussi psychiquement dans son activité exercée dans le cadre protégé des EPI. Quant au Dr F_____, il précise que cette activité (nouvelle) est celle de dessinateur DAO, qu'il qualifie d'adaptée, tout en mettant en exergue la présence de limitations fonctionnelles intéressant la station assise et debout – qu'il illustre en renvoyant au rapport d'évaluation des EPI du 17 mars 2016, lequel fait état de « capacités physiques fortement restreintes (lombalgies chroniques) et de la nécessité d'un travail léger et à mi-temps, s'effectuant principalement en position assise (libre) » (cf. p. 10 du rapport) – mais aussi un périmètre de marche inférieur ou égal à 500 m. Force est de constater que ces éléments jetaient déjà le doute quant

A/941/2018 - 21/22 - à l'absence d'évolution de la situation et auraient nécessité en soi des éclaircissements. On ajoutera que l'intimé ne pouvait tirer argument du fait que le Dr F_____ n'a pas mentionné d'autres diagnostics que ceux qu'il mentionnait déjà en 2014 pour en déduire l'absence de modification de la situation, d'autant que le rapport du 28 avril 2017 de ce médecin répondait à une demande d'actualisation du dossier depuis juillet 2016 (cf. courrier de l'intimé du 10 avril 2017). Enfin, il semble avoir échappé au médecin SMR que l'activité habituelle est, depuis septembre 2015, une activité en atelier protégé, qui plus est exercée à 50 %. Ce nonobstant, il conclut à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier en horlogerie – qui relevait du marché ordinaire de l'emploi – ou dans toute autre activité adaptée. À cet égard, il y a lieu de relever que selon les EPI, le recourant présente un rendement global de 50 % sur un mi-temps (soit 25 %) et que « viser un emploi dans le marché primaire apparaît donc irréalisable » (cf. p. 13 du rapport). On peine à comprendre, dans ces conditions, comment le médecin SMR est parvenu à cette conclusion. La chambre de céans ne saurait dès lors se fonder sur l'avis SMR du 2 novembre 2017 pour examiner le bien-fondé de la décision entreprise. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, sur une modification de la capacité de gain du recourant depuis la décision du 20 janvier 2015, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle en atelier protégé et dans une activité adaptée. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme notamment d'un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée du recourant. 12. 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), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Représenté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPG).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/941/2018 - 22/22 - À la forme :

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