

GE_GERICHTE A/4258/2008 vom 10. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4258_2008

FR: GE_GERICHTE A/4258/2008 du 10 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/4258/2008 del 10 dicembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.12.2009
A/4258/2008

A/4258/2008 ATAS/1638/2009 du 10.12.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4258/2008 ATAS/1638/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 10 décembre 2009 En la cause Monsieur M_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur M_____, né en 1953, de nationalité espagnole, maçon de profession, a déposé en date du 13 février 2004 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (OAI), en invoquant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche survenue accidentellement le 8 mai 2003. Par décisions du 10 avril 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à un reclassement ou à une rente d'invalidité. Ces décisions ont été confirmées sur opposition le 31 janvier 2007, à l'issue d'une instruction au cours de laquelle ont été recueillis les documents suivants : - un rapport établi le 17 mars 2004 par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, confirmant le diagnostic de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et concluant à une totale incapacité de travail dans l'activité de maçon mais à la possibilité pour l'assuré d'exercer une autre activité tenant compte du handicap important de son épaule gauche ; - un courrier daté du 24 juin 2004 et émanant du Dr B_____, chef de clinique adjoint du département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) faisant état d'une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse tout en soulignant qu'il restait une impotence fonctionnelle (90° à gauche en flexion [contre 180° à droite], 90° en abduction à gauche [contre 180° à droite] et 30° en rotation externe à gauche [contre 50° à droite]) ; le médecin émettait l'opinion que la reprise d'un métier lourd dans le bâtiment était peu vraisemblable, un dommage permanent étant prévisible ; - un avis du Dr C_____, spécialiste FMH en orthopédie et médecin auprès du Service médical régional (SMR) estimant que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son épaule gauche, l'assuré avait conservé une capacité de travail entière ; - la décision rendue par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [SUVA]) en date du 30 août 2005, fixant le degré d'invalidité de l'assuré à 30% et retenant que, sur le plan médical, l'intéressé était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans le secteur de l'industrie, à condition d'éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au niveau de l'épaule et les mouvements d'élévation ou d'abduction supérieurs à 90° ; - le rapport rendu en date du 16 mars 2006 par le Centre d'intégration professionnelle (CIP) à l'issue d'une mesure d'orientation professionnelle, concluant que, dans une activité adaptée - c'est-à-dire manuelle, légère et excluant les

travaux fins -, l'assuré pourrait atteindre des rendements proches de la normale à plein temps ; - un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI concluant à un degré d'invalidité de 29% après comparaison du revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2004, soit 68'473 fr., à celui qu'il aurait pu théoriquement obtenir en exerçant une activité simple et répétitive la même année, après réduction supplémentaire de 15%, soit 48'670 fr. (4'588 fr./mois pour 40 h./sem. = 4'772 fr./mois pour 41,6 h./sem. = 57'258 fr./an) ; - un avis du Dr D _____, du SMR, estimant qu'on pouvait admettre une baisse de rendement de 20% à 25% pour tenir compte du fait que les gestes de l'assuré seraient moins rapides et qu'il pourrait avoir besoin de pauses prolongées ; - une nouvelle évaluation de la division de réadaptation professionnelle comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2004, soit 68'473 fr., à celui qu'il aurait pu obtenir dans une activité simple et répétitive la même année en tenant compte d'une diminution de rendement de 25%, soit 42'944 fr. et aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 37,3%. Saisi d'un recours interjeté par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales, a rendu en date du 22 novembre 2007 un arrêt (ATAS/1296/2007) aux termes duquel il a confirmé la décision du 31 janvier 2007. Dans ses considérants, le Tribunal a rejeté l'argument du recourant selon lequel une réduction supplémentaire de 20% aurait dû être appliquée à son revenu d'invalidité. Le Tribunal a souligné que le fait que l'assuré ne puisse plus envisager de travaux lourds et qu'il serait probablement ralenti avait en effet déjà été pris en compte par le biais de la diminution du taux d'occupation de 25%. Le Tribunal a rappelé par ailleurs que les prestations de l'assurance-invalidité ne sauraient servir à combler les éventuelles lacunes scolaires ou linguistiques d'un assuré et qu'au demeurant, ces difficultés n'avaient pas empêché l'assuré d'exercer une activité professionnelle en Suisse durant plus de quinze ans. Le 2 juin 2008, le Dr A _____ a adressé à l'OAI un courrier expliquant que son patient avait fait au mois de mars 2008 l'objet d'une évaluation dans l'atelier de réadaptation préprofessionnel du service de neuroéducation et que les observateurs étaient arrivés à la conclusion qu'il devait être considéré comme invalide à 100% car malgré son investissement, aucun travail ne paraissait être envisageable au vu de son état physique mais aussi de son manque de formation. Se référant à l'avis des observateurs de l'atelier de réadaptation, le Dr A _____ a demandé la révision de la décision de l'OAI. Par courrier du 30 juin 2008, le Dr A _____ a encore précisé n'avoir procédé à aucun examen complémentaire de type radiologique ou autre. Il a ajouté qu'une impotence fonctionnelle et des douleurs chroniques persistaient au niveau de l'épaule gauche et qu'au surplus, l'assuré avait souffert de plusieurs crises d'épilepsie, dont l'une avait eu pour conséquence un traumatisme crânien. Il a réaffirmé qu'à ses yeux, il était clair que le patient était invalide. Le médecin traitant a produit à l'appui de son courrier le rapport d'observation des maîtres sociaux-professionnels de l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG, daté du 28 mars 2008, rédigé à l'issue d'un stage qui s'était déroulé à raison de trois heures par jour du 11 février au 7 mars 2008. Il en ressort que l'assuré a été affecté au démontage d'appareils électriques et électroniques et qu'il s'est investi au maximum de sa capacité physique. Les observateurs relèvent que les activités fines ne sont ni comprises ni maîtrisées en raison de problèmes linguistiques et d'une absence de formation et que tous les mouvements sollicitant le membre supérieur gauche engendrent des douleurs qui obligent l'assuré à suspendre fréquemment son activité. Les observateurs ont conclu qu'il serait illusoire d'envisager un taux d'occupation de plus de 50%. Ils ont ajouté que même dans une activité simple et répétitive, la diminution de rendement sur une demi-journée serait bien plus

importante que ne l'avait considéré l'AI. Les observateurs ont indiqué avoir le sentiment que les limitations bien réelles rencontrées par l'assuré mais également le fait que son état ne soit que partiellement reconnu était un frein dans la recherche de solutions. Il a été jugé que le manque de force et de précision de l'assuré n'était pas compatible avec les exigences du marché de l'emploi. Ces documents ont été soumis au Dr D _____, du SMR, qui, dans un document du 14 juillet 2008, a relevé d'une part, que l'atelier des HUG n'est pas reconnu par l'OFAS comme centre d'observation professionnelle d'autre part, que l'évaluation de la capacité de travail relève du domaine médical. Il a enfin souligné qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau. Dans un courrier du 26 août 2008, le Dr A _____ a précisé que son patient avait souffert d'environ trois syncopes sans convulsions entre 1989 et 1995, qu'en 1995, le diagnostic de crises comitiales, vraisemblablement dans un contexte de sevrage éthylique, avait été retenu par la Clinique de neurologie, que de nouvelles crises étaient survenues depuis lors, en août 2004, en juillet 2005, en novembre 2006, et en août 2008. Aucune anomalie n'ayant été mise en évidence au niveau cérébral, ces crises avaient finalement été mises sur le compte d'une consommation alcoolique exagérée ou, au contraire, d'un sevrage. Dans un avis du 17 septembre 2008, le Dr D _____ a tiré la conclusion de ces précisions que l'assuré devait certes éviter de travailler en hauteur ou dans des lieux dangereux, mais que les crises, très occasionnelles, ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail durable. Au vu de l'absence de modification notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision rendue en avril 2006, il a préconisé de refuser d'entrer en matière. Le 18 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision en ce sens. Le 23 octobre 2008, une décision formelle a été rendue, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Par écriture du 24 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins, à compter du 1^{er} juin 2007. Il allègue que ses douleurs à l'épaule gauche se sont amplifiées en ce sens qu'elles irradient désormais jusque dans la région cervicale, entraînant des cervicalgies et des céphalées incapacitantes, qu'il souffre au surplus d'un état dépressif sévère, dont il s'est longtemps refusé à reconnaître la gravité, préférant inconsciemment mettre ces troubles sur le compte des douleurs somatiques et qu'il faut encore y ajouter une atteinte neurologique sous forme d'épilepsie avec crises comitiales récidivantes. Le recourant en tire la conclusion que son état de santé s'est péjoré de manière évidente. A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport établi le 6 février 2009 par son médecin traitant, le Dr A _____, dans lequel ce dernier fait état du fait que des douleurs importantes au niveau de la nuque et du membre supérieur gauche sont toujours présentes, que son patient a également souffert de plusieurs crises d'épilepsie et qu'il a aussi développé un état dépressif pour lequel il est traité. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 8 janvier 2009, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient qu'aucune détérioration sensible de l'état de santé n'a été rendue vraisemblable. Il relève par ailleurs que les crises d'épilepsie, évoquées pour la première fois dans l'attestation médicale du 30 juin 2008, sont en réalité présentes depuis 1995 déjà, très épisodiques et très espacées dans le temps. Il ajoute que le fait que le travail en hauteur ou dans des lieux dangereux soit certes contre-indiqué ne suffit pas à admettre une diminution de la capacité de travail. Enfin, s'agissant du rapport d'observation des maîtres socio-professionnels de l'atelier des HUG, l'intimé relève qu'il ne fait nulle part mention d'une modification de l'état de santé du recourant. Par écriture du 13 février 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions en se référant au dernier certificat du Dr A _____ et au rapport de l'atelier de réadaptation des HUG. Il allègue que, bien que ce

dernier ne mentionne pas de nouvelle atteinte à la santé du point de vue médical, il démontre qu'en raison du manque de force et de précision qui sont les siens, ses capacités résiduelles ne sont pas compatibles avec les exigences du marché de l'emploi. Enfin, il relève que l'office ne se prononce pas sur l'atteinte psychiatrique dont il se prévaut et qu'il entend documenter par un courrier que lui a adressé le 13 février 2009 le Dr E_____.

Ce dernier y indique qu'il suit l'assuré en parallèle avec son médecin traitant et la Dresse F_____, psychiatre et psychothérapeute, que cette dernière a vu le recourant à quatre reprises depuis le 9 décembre 2008 et qu'un traitement psychotrope a été instauré. Le Dr E_____ annonce qu'un entretien conjoint avec la Dresse F_____ et lui-même aura lieu une semaine plus tard, qui donnera lieu à un rapport circonstancié concernant la prise en charge psychiatrique. Par écriture du 17 mars 2009, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Il a toutefois précisé qu'avant de se prononcer sur d'éventuels troubles psychiques, il transmettrait au SMR le rapport annoncé. Ce rapport n'étant jamais parvenu au Tribunal de céans, celui-ci a procédé en date du 14 mai 2009 à l'audition du Dr A_____ qui a indiqué suivre le recourant depuis 1998. Le témoin a expliqué qu'à son avis, l'atteinte principale est consécutive à l'accident de chantier dont son patient a été victime en 2003, les douleurs et la mobilité de l'épaule gauche ne s'étant pas notablement améliorées. Un état dépressif est alors apparu progressivement, accompagné de problèmes d'épilepsie, qui, s'ils étaient déjà connus, se sont toutefois aggravés. Selon le médecin traitant, la péjoration de l'état de son patient consiste donc d'une part, en la dégradation de son état psychique, d'autre part, en l'aggravation des problèmes épileptiques, lesquelles entraînent une limitation du nombre d'activités envisageables. Le Dr A_____ a précisé avoir adressé son patient à la Dresse G_____, laquelle avait conclu à un état dépressif sévère. L'assuré a été hospitalisé une dizaine de jours à Belle-Idée, où un traitement a été mis en place, qui a permis une amélioration de la thymie, de sorte que le diagnostic final retenu à la sortie de Belle-Idée était finalement celui d'état dépressif de degré moyen. C'est désormais le médecin traitant qui suit l'assuré sur le plan psychique, en accord avec la Dresse G_____. Selon le Dr A_____, le traitement actuel de son patient est relativement lourd puisqu'il consiste en antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, et antiépileptiques. A son avis, il n'y a pas d'amélioration à attendre sur le plan physique. En revanche, sur le plan de l'humeur, le médecin traitant a émis un pronostic « plutôt bon ». Le témoin a par ailleurs confirmé l'apparition de cervicalgies et de céphalées mais s'est révélé incapable de situer précisément dans le temps l'évolution de ces douleurs, dont il a néanmoins estimé qu'elles ont dû se développer dans les mois qui ont suivi l'opération. Le médecin traitant a dit partager les conclusions du rapport de l'atelier de réadaptation des HUG. Il a émis l'avis que, dans l'activité précédemment exercée, la capacité de travail du patient est nulle. Il a en revanche admis que, dans une activité adaptée à ses limitations, pour autant qu'on puisse en trouver une, une capacité de travail de 50% serait peut-être envisageable, d'autant que le recourant s'est toujours montré plein de bonne volonté à cet égard. Le témoin a précisé que la limitation de la capacité de travail est principalement d'ordre physique mais également d'ordre psychique depuis deux ans, bien que l'état psychique de son patient tende à s'améliorer. Suite à cette audience, le recourant a produit un résumé de séjour établi le 7 avril 2009 par le Service d'addictologie du Département de psychiatrie des HUG, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'épilepsie en rémission, mais précisant que le diagnostic principal est celui de troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Il ressort de ce résumé de séjour que la première hospitalisation en

admission ordinaire s'est faite sur certificat de la Dresse F _____ pour un sevrage d'alcool. Il a été relevé que, sur le plan thymique, l'évolution avait été favorable, sans augmentation ni changement dans le traitement antidépresseur. Le recourant a en outre produit un rapport établi par la Dresse F _____ le 15 juin 2009. Celle-ci y atteste suivre le patient depuis le mois de novembre 2008 et avoir retenu les diagnostics de trouble dépressif d'intensité moyenne, d'épilepsie en rémission et de troubles mentaux et de comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépense, actuellement abstinent. Le médecin indique que les symptômes de dépression se sont améliorés mais restent présents et émet l'avis qu'en raison de ce trouble, la capacité de travail de l'assuré est réduite à environ 50%-60%. L'intimé, dans ses écritures du 13 juillet 2009, a relevé que l'état de santé psychique de l'assuré s'était amélioré depuis la décision attaquée. Par écriture du 14 juillet 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision du 10 avril 2006 et ce, au point de lui ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité. a) Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen

de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) 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. A 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI 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 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA;

pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). Lorsque, 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). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récusé pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En l'espèce, le recourant allègue en premier lieu

que le stage de réadaptation professionnelle qu'il a suivi auprès des HUG démontre son incapacité de travail. Cependant, force est de constater que les observateurs des HUG ne font état d'aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré, de sorte que leur évaluation n'apparaît que comme une appréciation différente de la capacité de travail de l'assuré, ce qui ne saurait suffire à justifier une révision. L'assuré allègue ensuite que ses douleurs à l'épaule gauche se sont amplifiées. Sur ce point, on ne saurait cependant conclure à une aggravation depuis avril 2006, date du premier refus de prestations. En effet, ces douleurs étaient déjà présentes depuis longtemps et, selon le Dr A_____, les cervicalgies et céphalées sont apparues quelques mois après l'opération déjà. Elles ne sauraient dès lors constituer un fait nouveau. On relèvera d'ailleurs que le médecin traitant ne mentionne pas ces douleurs au titre de l'aggravation invoquée et qu'il indique seulement qu'elles ne se sont pas notablement améliorées. Le recourant invoque par ailleurs des problèmes épileptiques. Là encore, force est de constater que ces problèmes sont présents depuis bien des années déjà et n'ont pas empêché l'assuré de travailler par le passé. En admettant même que les crises se soient rapprochées, le fait qu'un certain nombre de professions s'effectuant en position dangereuse doivent être écartées ne saurait entraîner une diminution de la capacité de travail. En effet, le revenu d'invalidité a été déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) pour des activités simples et répétitives, toutes branches économiques confondues. Or, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci, même si l'on y ajoute le fait de devoir éviter les situations dangereuses, car au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées à son handicap et que le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner l'intéressé, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPG), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Là encore, il n'y a donc pas d'aggravation susceptible d'influencer le droit aux prestations. Reste la question de savoir si l'aggravation de l'état psychique de l'assuré, dont il a été établi qu'il a été qualifié de grave durant quelques mois, à tout le moins au début de son suivi par la Dresse F_____, peut être considéré comme une aggravation susceptible d'influencer son droit aux prestations. Certes, ainsi que l'a relevé l'intimé, l'état psychique de l'assuré s'est progressivement amélioré depuis lors. Il est désormais qualifié de gravité moyenne, tant par les médecins de Belle-Idée à sa sortie, que par les médecins du service d'addictologie (cf. résumé de séjour du 7 avril 2009), ou encore par son psychiatre traitant. Il n'en demeure pas moins que ce dernier conclut malgré tout à une capacité de travail réduite, du seul point de vue psychique, à 50-60%. Dans la mesure où le médecin ne justifie cependant pas outre mesure cette évaluation et où aucun autre spécialiste ne s'est prononcé sur la question de la capacité de travail du recourant de ce point de vue, le Tribunal de céans considère qu'il n'est pas en mesure de se prononcer sur la question de savoir si l'aggravation invoquée - et rendue plausible au cours de la procédure devant le Tribunal de céans - influence le degré d'invalidité et à quel point. On ignore également durant quelle période exactement l'état de l'assuré a pu être qualifié de sévère par le passé et quelle était alors sa capacité de travail. Le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la

première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise psychiatrique par un médecin spécialisé en la matière, de préférence indépendant, se détermine sur l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule la décision du 23 octobre 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'200 fr. à titre de dépens. Renonce à percevoir un émolument. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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