

GE_GERICHTE A/665/2016 vom 7. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_665_2016

FR: GE_GERICHTE A/665/2016 du 7 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/665/2016 del 7 dicembre 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Par décision du 26 janvier 2016, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a nié à Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a constaté que l'assuré, depuis novembre 2011, début du délai d'attente, avait vu sa capacité de travail considérablement restreinte, qu'à compter de juillet 2013, il avait bénéficié de diverses mesures d'intervention précoce puis, en accord avec le Service médical régional (ci-après : SMR), d'une mesure de reclassement en tant qu'ouvrier en conditionnement horloger à 100%, suivie avec succès. Au terme de celle-ci, la comparaison entre le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité (CHF 75'548.-) et celui qu'il pouvait encore obtenir malgré celle-ci (CHF 66'873.-) conduisait à un degré d'invalidité de 11,5%. 2. Par écriture du 26 février 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En premier lieu, le recourant conteste le montant retenu à titre de revenu sans invalidité, ainsi que celui retenu à titre de salaire d'invalidé. Il soutient notamment qu'il est inimaginable d'attendre raisonnablement de sa part qu'il puisse exercer une activité lucrative, même adaptée, à plus de 50%. 3. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 mars 2016, a conclu au rejet du recours. Il produit à l'appui de sa position un avis émis le 18 mars 2016 par le SMR. La doctoresse B_____ y relève que l'assuré, malgré une capacité de travail de 50% attestée par le docteur C_____ en février 2014, a été en mesure de suivre des mesures professionnelles à partir de juin 2014 à un taux de 100% et que les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont d'ailleurs conclu à la possibilité d'exercer une activité permettant d'alterner les positions en décembre 2014, tout comme la Fondation PRO dans son rapport de juin 2014. Le SMR admet qu'à partir de novembre 2014, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé (récidive de la hernie discale opérée le 13 mars 2015) et que l'évolution, initialement favorable, a été suivie d'une aggravation (lombosciatalgies à droite sur atteinte de la racine S1 droite dans le cadre d'une fibrose inflammatoire post-opératoire et mise en évidence d'une discopathie en L4-L5), postérieurement à septembre 2015, date à laquelle s'est terminée la mesure de reclassement (arrêt de travail de 100% du 13 mars au 4 mai 2015, reprise à 50% à compter du 5 mai 2015, reprise à 100% à compter du 20 mai 2015, reclassement à 100% jusqu'au 30 septembre 2015). C'est dans ce contexte que la doctoresse D_____ a évalué la capacité de travail résiduelle à 50% dans une activité adaptée, avec un rendement de 30% et le Dr C_____, à 30 - 40%. De ces éléments le SMR a tiré la conclusion qu'hormis la période ayant suivi l'opération de mars 2015, rien ne permettait de douter d'une pleine capacité à exercer une activité adaptée entre 2014 et fin septembre

2015. Le SMR a en revanche admis qu'il semblerait que, postérieurement à septembre 2015, l'état de santé se soit à nouveau aggravé. Il a souligné à cet égard que les documents médicaux à disposition étaient insuffisants pour se déterminer : - on ne savait pas à quand remontait précisément l'aggravation, les documents médicaux datant de février 2016, ce qui laisserait entendre que ladite aggravation serait postérieure à la décision attaquée, du 26 janvier 2016 ;! [endif]>! [if> - ces documents étaient lacunaires : les éléments cliniques subjectifs et objectifs n'étaient pas décrits, pas plus que les limitations fonctionnelles ;! [endif]>! [if> - l'état de santé ne paraissait pas stabilisé et on ignorait quels traitements avaient été mis en œuvre et quelle avait été l'évolution depuis février 2016. ! [endif]>! [if> 4. Le recourant a subi une nouvelle intervention en date du 2 juin 2016. ! [endif]>! [if> 5. Après deux demandes de prolongations de délai, le recourant a répliqué en date du 17 juin 2016 en persistant dans ses conclusions. ! [endif]>! [if> Il relève que le SMR ne s'est pas montré catégorique sur le fait que l'aggravation serait intervenue en février 2016 et qu'il a relevé l'indigence de l'instruction menée par l'intimé, auquel il reproche de lui faire supporter les conséquences de ses propres manquements. Il relève que, dans son rapport du 11 avril 2016, la Dresse D_____ fait état de douleurs persistantes ayant fait leur réapparition six mois plus tôt, ce qui fait remonter l'aggravation au début d'octobre 2015, soit avant la décision entreprise. 6. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en septembre 2016. ! [endif]>! [if> Outre le dernier employeur du recourant et ce dernier, a été entendu le Dr C_____, qui a indiqué avoir revu l'assuré en juin 2016, après la dernière intervention au niveau du rachis lombaire, dont il a indiqué qu'elle modifiait complètement ses conclusions précédentes en ce sens que la capacité résiduelle de travail ne dépasse pas désormais 20 - 30% dans une activité adaptée. Selon lui, le fait que l'assuré ait dû subir trois interventions en l'espace de trois ans démontre la gravité de la situation. Au problème du dos s'est ajouté celui de la coxarthrose de la hanche. 7. Les enquêtes se sont poursuivies en date du 13 octobre 2016, avec l'audition du docteur E_____, neurochirurgien, qui a confirmé l'évolution défavorable qui a suivi l'intervention pratiquée en 2016 et le fait que l'état de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Selon lui, la situation s'est péjorée au fil des interventions et de la fibrose que chacune d'entre elles a contribué à créer ou aggraver. Ce médecin n'a toutefois pu se prononcer sur la situation telle qu'elle se présentait au début de l'année 2016. ! [endif]>! [if> Quant à la Dresse D_____, neurochirurgienne qui a opéré l'assuré les deux premières fois, elle a confirmé que la situation s'était encore péjorée depuis celle décrite en février 2016. 8. Dans ses écritures après enquêtes du 10 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. ! [endif]>! [if> S'agissant plus particulièrement des éléments médicaux produits dans le cadre des enquêtes, l'intimé se réfère à l'avis de son SMR, dont il tire la conclusion que s'il existe une aggravation de l'état de santé, celle-ci n'a été objectivée que fin janvier 2016, soit postérieurement à la décision litigieuse. Il produit l'avis émis le 3 novembre 2016 par la Dresse B_____, du SMR, qui admet une aggravation claire, postérieure à la fin du reclassement professionnel, sous la forme d'une péjoration des lombosciatalgies, qui a motivé de nouveaux bilans médicaux à partir de la fin du mois de janvier 2016 (imagerie par résonance magnétique du 27 janvier 2016, électroneuromyographie [ENMG] en février 2016, consultations chez la Dresse D_____ à partir de mars 2016), puis une nouvelle opération, en juin 2016. Selon le médecin du SMR, il serait toutefois nécessaire de faire la part des choses entre les aspects subjectifs et objectifs, cas échéant de préciser les diagnostics. Le SMR conclut en répétant qu'il lui est difficile de déterminer à partir de quand précisément et dans quelle mesure l'aggravation de la problématique rachidienne a

pu avoir une incidence sur la capacité de travail et en soulignant que doit également être examinée l'évolution de la capacité de travail dans les suites de la spondylodèse de juin 2016. Le médecin termine en ces termes : « Dans ce contexte et à l'instar du Dr E_____, il nous semble nécessaire qu'une évaluation rhumatologique soit réalisée et nous suggérons la mise sur pied d'une expertise ». 9. Dans ses écritures après enquêtes du 12 décembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il fait valoir que tous les médecins qui l'ont examiné évaluent sa capacité résiduelle de travail entre 20 et 30%, voire 50%, mais avec une baisse de rendement de 25 à 50%. Il ajoute que conclure comme le fait l'intimé que l'aggravation serait postérieure à la décision litigieuse contredit non seulement les avis de ses médecins traitants mais également celui du SMR lui-même, qui a relevé le caractère incomplet de l'instruction médicale menée. Il répète que, selon un rapport rédigé par la Dresse D_____ le 11 avril 2016, l'aggravation remonte à début octobre 2015, ce que corrobore le docteur F_____, qui faisait état, le 20 février 2016, d'une fatigabilité de la jambe droite et d'une aggravation des douleurs lombaires remontant à quatre mois plus tôt (pce 64 rec.). 10. Par écriture du 3 janvier 2017, le recourant a précisé ne pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique dont il a demandé qu'elle soit ordonnée par la Cour, afin d'éviter de « rallonger inutilement la procédure à son détriment ». 11. Par écriture du même jour, l'intimé a campé sur sa position, répétant que, selon lui, la probable aggravation de l'état de santé est postérieure à la décision litigieuse. La Dresse B_____, dans un avis du 20 décembre 2016, a persisté dans les conclusions de son avis précédent et réitéré la proposition contenue dans le dernier paragraphe de l'avis du 3 novembre 2016 (suggérant la mise en œuvre d'une expertise). 12. Le 12 juin 2017, l'intimé s'est déterminé une dernière fois sur les derniers rapports médicaux produits par le recourant en persistant dans ses conclusions sur la base d'un nouvel avis du SMR indiquant que les nouveaux documents produits ne permettaient pas de « faire la part des choses en ce qui concerne la date et les conséquences de l'aggravation de l'atteinte rachidienne ». L'intimé a produit un nouvel avis du SMR du 30 mai 2017. Le docteur G_____ y répète que les documents versés à la procédure ne permettent toujours pas de déterminer la date et les conséquences de l'aggravation de l'atteinte rachidienne. EN DROIT 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Chambre de céans (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement celle de savoir si l'aggravation

dont l'intimé admet qu'elle a été rendue plausible est antérieure ou non à la décision litigieuse et quelles conséquences elle entraîne en termes d'incapacité de travail et de perte de gain.!

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain ; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b ; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

De son côté, 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). 9. Enfin, on rappellera que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366).

10. En l'espèce, et contrairement à ce que persiste à soutenir l'intimé en dépit de l'avis de son propre service médical, il n'est pas démontré que l'aggravation probable est postérieure à la décision litigieuse. Certes, les examens l'ayant objectivée sont intervenus peu après. Il ressort cependant clairement de plusieurs rapports médicaux que les plaintes objectivées par la suite remontaient à quelques mois plus tôt. Qui plus est, on ne saurait décemment soutenir qu'une atteinte objectivée par une IRM du 27 janvier 2016 - soit le lendemain de la décision litigieuse - aurait brutalement fait son apparition en 24 heures. La Cour de céans ne saurait en l'état conclure à une aggravation postérieure à la décision litigieuse et renvoyer l'assuré à déposer une nouvelle demande qui le priverait d'une partie de ses droits si les investigations suggérées par le SMR devaient finalement révéler que l'aggravation est intervenue antérieurement. Au vu des avis réitérés du SMR, il apparaît manifeste que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires sur le plan rhumatologique, afin de déterminer à partir de quand précisément et dans quelle mesure l'aggravation de la problématique rachidienne a pu avoir une incidence sur la capacité de travail et quelle a été l'évolution de celle-ci dans le temps. La cause n'étant, de l'avis de la Cour de céans comme du recourant, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. En effet, quand bien même le recourant sollicite qu'il soit renoncé au renvoi, le caractère lacunaire de l'instruction menée jusqu'à présent s'oppose à cette solution. 11. Il est rappelé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire. Or, tel est le cas en l'espèce dès lors qu'il est avéré que l'instruction du dossier nécessite d'être complétée.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :