

GE_GERICHTE ATAS/1094/2009 vom 8. September 2009

GE Cour de justice, 2009-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1094_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1094/2009 du 8 septembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1094/2009 del 8 settembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les formes prévues par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours adressé au Tribunal de céans le 18 juin 2009, conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA, est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI, au terme de la procédure de révision, a considéré que le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité demeurerait inchangé.

E. 5

Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés au Recueil

A/2166/2009 - 7/11 - officiel des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves.

Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). 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 précité consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF précité consid. 3b/bb et cc). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de ma-

A/2166/2009 - 8/11 - nière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; ATF du 25 mai 2007, I 514/06, consid. 2.2.1, publié in SVR 2008 IV n. 15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 6 août 2009, 9C_795/2008, consid. 2.2). D'autre part, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient

plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Il sied en outre de rappeler qu'en principe, on conclut à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4). Enfin, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, depuis le 1er janvier 2008, la loi prévoit expressément, à l'art. 7 al. 2 LAI, que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce (art. 7d), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

A/2166/2009 - 9/11 -

E. 6

En l'espèce, il n'est pas contesté que les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant sont, depuis 1995, d'ordre exclusivement physique. À cet égard, il apparaît que l'expertise conduite par le docteur F_____ se fonde sur l'ensemble du dossier médical, sur un examen clinique étendu du rachis et des membres supérieurs et inférieurs du recourant, sur un examen neurologique et radiologique complet, sur une anamnèse abondante, sur les plaintes exprimées lors de la consultation et sur un status détaillé. Le diagnostic posé qui retient, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, une gonarthrose bilatérale post-traumatique évolutive (M17.2) et une spondylo-discarthrose cervico-dorso-lombaire symptomatique sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), est donc digne de foi. Force est en outre de constater que les rapports médicaux des docteurs A_____ et C_____ ont été établis essentiellement sur la base des plaintes et des inquiétudes formulées par leur patient, dont il a été dit à plusieurs reprises, depuis le séjour de celui-ci à la Clinique de réadaptation de Bellikon, qu'elles étaient largement infondées. Il sied de relever que ces inquiétudes trouvent encore un écho dans le dernier avis du docteur A_____, lequel justifie l'incapacité totale de travail de son patient moins par l'état de santé actuel de celui-ci que par le pronostic défavorable qu'il en tire, sans d'ailleurs fournir de précisions quant aux échéances redoutées. Il en va de même du dernier rapport du docteur C_____, qui atteste que le recourant ne peut plus marcher et que les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques, dont on sait, par le résultat des examens sanguins et par d'autres avis qu'ils sont de faible intensité, ne soulagent que très partiellement et brièvement. En tout état, il apparaît que ni le docteur A_____ ni le docteur C_____ ne font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été

ignorés par le doc- teur F _____ au terme de son expertise. Ces deux praticiens ne soulèvent pas non plus de critiques susceptibles de faire admettre que le rapport d'expertise du BREM serait entaché d'erreur ou présenterait des arguments contradictoires, de sorte que l'on ne saurait s'écarter des conclusions de ce rapport sans contrevenir aux principes qui ont été rappelés plus haut. Au degré de vraisemblance prépondé- rant exigé en matière d'assurances sociales, il y a donc lieu de retenir, sans qu'une nouvelle expertise se justifie, que mise à part l'évolution normale de troubles liés au vieillissement, l'état de santé du recourant est demeuré globalement stationnaire en- tre les deux décisions de l'OCAI. En d'autres termes, il s'impose de constater que les avis médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne fournissent pas, au degré de vraisemblance requis, d'indices suffisants en faveur d'un changement des circonstances, et qu'ils constituent simplement une nouvelle appréciation du cas. En toute hypothèse, un motif de révision au sens des dispositions légales applicables ne ressort pas claire-

A/2166/2009 - 10/11 - ment du dossier, de sorte que l'intimé était fondé à en conclure que le droit du re- courant aux prestations de l'assurance-invalidité demeurait inchangé. Le recours devra par conséquent être rejeté.

E. 7

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur liti- gieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe.

A/2166/2009 - 11/11 -

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