

GE_GERICHTE ATAS/1111/2010 vom 2. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1111_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1111/2010 du 2 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1111/2010 del 2 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS 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) qui sont 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de prestations est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).

E. 3

Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 4

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente au recourant.

E. 5

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé

physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

A/2726/2010 - 9/14 - b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

A/2726/2010 - 10/14 - mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce

n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. En effet, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse 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. d) 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).

E. 7

Dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante des rapports du SMR. En l'espèce, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité en se fondant principalement sur le rapport rhumatologique du 5 octobre 2007 ainsi que sur le rapport rhumatologique et psychiatrique du 24 septembre 2009. Ces examens ne

A/2726/2010 - 11/14 - sont toutefois pas suffisamment crédibles pour que le Tribunal de céans puisse suivre leurs conclusions sans avoir de doutes sur la solution adoptée. En effet, s'ils répondent à certains réquisits jurisprudentiels (anamnèse, étude du dossier médical, plaintes exprimées par l'assuré), lesdits rapports comportent des incohérences et ne semblent pas être fondés sur des investigations complètes. – Il ressort de l'anamnèse ostéoarticulaire du rapport du 5 octobre 2007 que le recourant s'est plaint de douleurs dorsolombaires prenant aussi le sacrum, de céphalées droites, de fourmillements et d'une faiblesse du bras et de la jambe droits. Compte tenu des plaintes du recourant, il est pour le moins étonnant que le SMR n'ait pas mentionné, à titre de diagnostics, les nombreuses atteintes du rachis au niveau des dorsales et des cervicales mises en évidence lors de l'IRM de la colonne cervicale et dorsale, pratiquée le 10 novembre 2005, à savoir : spondylarthrose et uncarthrose bilatérale C6-C7, avec sténose spondylogène de moyenne importance du canal cervical et des trous de conjugaison ; arthropathie des facettes

articulaires C7-D1, avec un certain degré de sténose osseuse modérée du canal cervico-dorsal à ce niveau et discrète protrusion médio- latérale droite du disque C7-D1 ; ostéochondroses et discopathies étagées D5- D6, D6-D7, D7-D8, D8-D9, D9-D10, D10-D11, et D11-D12, plus prononcées au niveau D8-D9, D9-D10 et D10-D11, sans sténose osseuse du canal rachidien ; discrète protrusion médio-latérale droite des disques D8-D9, D9- D10, D11-D12, avec minime compression des limites antérolatérales du sac dural sans compression radiculaire ni médullaire. Par ailleurs, il appartenait au SMR d'effectuer des examens complémentaires dès lors que la dernière IRM datait de 2005, soit près de deux ans auparavant. C'est le lieu de rappeler que les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4, in Bulletin des médecins suisses 88/2007 p. 736 et ss). En outre, si le SMR arrivait à la conclusion que les nombreuses atteintes relevées le 5 octobre 2005 n'entraînaient pas de conséquences sur la capacité de travail du recourant, il aurait tout de même dû les mentionner à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail au même titre que l'obésité par exemple. Ces mêmes remarques s'appliquent au rapport du 24 septembre 2009. – Dans le rapport du 5 octobre 2007, le SMR a posé les diagnostics suivants : syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et

A/2726/2010 - 12/14 - dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite non compressive et dysbalances musculaires (M51.2) (avec répercussion sur la capacité de travail) et hémisyndrome dysesthésique droit, céphalées chroniques droites, obésité (BMI 30) et majoration des symptômes (sans répercussion sur la capacité de travail). Le 24 septembre 2009, le SMR a retenu ce qui suit à titre de diagnostics: syndrome lombaire non déficitaire dans le contexte d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite, hémisyndrome sensitif droit diffus, dysbalances musculaires, gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que douleurs et fourmillements de l'hémicorps droit sans substrat organique, céphalées chroniques, majoration des plaintes (sans répercussion sur la capacité de travail). Le Tribunal de céans constate donc que la liste des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail s'est allongée et qu'elle comprend désormais un hémisyndrome sensitif droit diffus ainsi que des gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III. Toutefois, alors même que d'autres diagnostics sont venus s'ajouter à la liste du 5 octobre 2007, le SMR a retenu la même capacité de travail que celle qui avait été estimée en 2007 sans en expliquer les raisons. – Enfin, le rapport d'examen du 24 septembre 2009 ne tient pas compte des limitations supplémentaires fixées par le Dr F_____ le 16 octobre 2008, sans qu'aucune explication à ce propos n'ait été fournie. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que les rapports du SMR n'ont pas une valeur probante suffisante pour qu'il puisse se fier à leurs conclusions.

E. 8

En outre, de l'avis du Tribunal de céans, les investigations médicales effectuées par le SMR ne sont pas complètes. En effet, elles auraient dû inclure l'aspect neurologique, voire neuropsychologique, dès lors qu'il ressort du rapport des EPI ainsi que des constatations du SMR que le recourant présentait des tremblements de tout le corps et plus particulièrement

des mains, par moment tellement forts qu'il avait dû arrêter son stage en entreprise, et qu'il souffrait d'« atroces maux de tête », d'ailleurs retenus à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail tant dans le rapport du 5 octobre 2007 que dans celui du 24 septembre 2009.

A/2726/2010 - 13/14 - Or, ces aspects n'ont pas été investigués à satisfaction de droit. Il est par ailleurs pour le moins surprenant que les tremblements dont souffre le recourant n'aient pas entraîné de limitations supplémentaires.

E. 9

Le Tribunal de céans considère par conséquent que l'intimé ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause, les rapports réalisés par le SMR étant dépourvus de valeur probante, l'aspect neurologique et neuropsychologique des plaintes du recourant n'ayant pas été investigué. L'intimé a donc rendu sa décision alors que l'état de faits était incomplet. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. En effet, les constatations psychiatriques faisant partie intégrante de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumise le recourant, on ne saurait juger de leur valeur probante en le prenant isolément de sorte que l'expertise que l'intimé ordonnera devra également comporter le volet psychiatrique. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit aux mesures de réadaptation et à la rente.

E. 10

La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPG).

A/2726/2010 - 14/14 -

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