

GE_GERICHTE ATAS/117/2012 vom 14. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_117_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/117/2012 du 14 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/117/2012 del 14 febbraio 2012

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre

A/2536/2011 - 8/13 - 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables.

E. 2

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu des fêtes estivales, ledit délai a été suspendu du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). Interjeté le lundi 22 août 2011 contre une décision du 17 juin 2011, reçue au plus tôt le 20 juin 2011, le recours l'a été dans la forme et le délai prévus par la loi. Il est donc recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité.

E. 4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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

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

A/2536/2011 - 9/13 - 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). 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. A 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 125 V 351 consid. 3). 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. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de 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 351 consid. 3b/ee).

A/2536/2011 - 10/13 - 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 7

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 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). Aussi n'existe-t-il 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).

E. 8

En l'espèce, dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimé d'avoir pris en considération la seule position de l'expert, lequel retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er décembre 2009, et non celle de ses médecins traitants qui considèrent que son état de santé entraîne une incapacité totale de travail dès mars 2009. Il critique par ailleurs le fait que l'intimé, suite à l'intervention du genou qu'il a subie en novembre 2010 - soit postérieurement à l'expertise -, n'ait pas investigué à satisfaction de droit sa capacité de travail, se contentant des conclusions antérieures de l'expert, alors même que ses médecins traitants ont tous constaté une aggravation de son état de santé. Il convient donc de déterminer, dans un premier temps, si l'expertise du 4 octobre 2010 présente une pleine valeur probante, dans un second temps, le cas échéant

A/2536/2011 - 11/13 - d'apprécier, si les rapports des médecins traitants permettent objectivement de s'en écarter.

E. 9

En ce qui concerne d'abord la valeur probante de l'expertise, il sied de relever que l'expert a procédé à une anamnèse du cas et pris en compte les antécédents personnels du recourant. Il a fait un résumé médical du dossier et établi les plaintes de l'expertisé. Après avoir examiné les atteintes à la santé dont souffre le recourant lors d'une consultation du 16 septembre 2010, le Dr H _____ a posé un diagnostic clair et décrit de manière précise aussi bien les limitations fonctionnelles que l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de

l'intéressé. Force est ainsi de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise qui a fait l'objet d'une étude fouillée, se fonde sur des examens complets - notamment radiologiques - et prend en compte les plaintes exprimées par la personne examinée. Le rapport est d'ailleurs établi en pleine connaissance de l'anamnèse, les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont motivées. Ainsi, cette expertise qui est convaincante répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui voir attribuer valeur probante. Il s'agit néanmoins d'apprécier si les rapports des médecins traitants du recourant permettent de jeter le doute sur cette expertise. En l'occurrence, tant le Dr E _____ que le Dr A _____ considèrent que le recourant est en incapacité de travail totale dès le 1er mars 2009. Leurs constatations ne permettent néanmoins pas de douter de l'expertise réalisée par le Dr H _____ en octobre 2010. En réalité, les médecins traitants du recourant n'ont pas fait état d'éléments suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il apparaît bien plutôt que ces praticiens, qui ont posé, de même que l'expert, les diagnostics de lombalgies communes récurrentes et de gonalgies droites chroniques, se sont simplement livrés à une appréciation différente du cas, plus favorable, en raison notamment du lien qui existe entre un patient et son médecin. Il s'ensuit que la Cour de céans se ralliera aux conclusions de l'expert s'agissant de la période antérieure à octobre 2010 et admettra donc que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1er décembre 2009. Il apparaît néanmoins que le recourant, un mois à peine après la reddition du rapport d'expertise, s'est soumis à une nouvelle intervention chirurgicale le 16 novembre 2010. Il allègue dès lors une aggravation de son état de santé que l'intimé a, à tort, omis de prendre en considération. De plus, bien que l'intimé, avant de notifier sa décision, ait été rendu attentif au fait que l'intéressé avait subi cette opération ainsi qu'aux conséquences de celles-ci, il a notamment estimé que les rapports des Drs A _____ et E _____ - pourtant postérieurs à l'expertise et à l'opération - n'apportaient aucun élément nouveau permettant de

A/2536/2011 - 12/13 - retenir que l'intervention avait entraîné une incapacité de travail durable chez le recourant. Selon l'intimé, les limitations fonctionnelles mises en évidence par les médecins traitants, que ce soit avant ou après la dernière intervention, n'ont pas été corrélées par des observations cliniques concluantes et reposent sur les seuls dires du recourant, de sorte que les conclusions de l'expertise restent pleinement valables. De l'avis de la Cour, l'intimé n'a pas investigué à satisfaction de droit la situation du recourant entre le moment où l'expertise a été faite et celui qui prévalait lorsque la décision litigieuse a été rendue. En particulier le Dr E _____ a clairement posé que, suite à cette intervention, il y avait eu une péjoration de l'état de santé de son patient et que les bénéfices de la prise en charge intensive de 2009 s'en trouvaient réduits à néant. Le Dr A _____ a pour sa part estimé que la situation du recourant méritait d'être réévaluée, le diagnostic concernant son genou droit s'étant modifié depuis l'expertise du 4 octobre 2010. Ces deux avis méritaient que l'intimé complète l'instruction de la présente cause, en procédant à de nouvelles investigations, de sorte qu'il se justifierait de conclure à un renvoi du dossier à l'OAI, pour mise en œuvre d'un complément d'expertise. Cette solution ne sera toutefois pas suivie. En effet, dans l'hypothèse - non élucidée mais hautement vraisemblable - où l'état de santé du recourant se serait effectivement aggravé suite à l'opération, il n'en demeurerait pas moins qu'au jour de la décision litigieuse - le 17 juin 2011 - il ne présentait en tous les cas pas une incapacité de travail durable de plus d'un an au sens de l'art. 28 LAI, de sorte que le recours est rejeté. Dans cette mesure, si le

recourant estime que son état de santé s'est modifié dans une mesure notable, il lui appartient de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. La Cour de céans l'invite d'ailleurs à procéder dans les meilleurs délais, étant rappelé que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al.1 LAI).

E. 10

La Cour de céans rappelle enfin au recourant que l'OAI a considéré qu'une mesure d'aide au placement pourrait, quoiqu'il en soit, être mise en œuvre dans son cas. Il s'agira dès lors pour le recourant d'adresser une demande motivée d'aide au placement à l'intimé, s'il souhaite en bénéficier.

E. 11

La Cour de céans renonce à la perception d'un émolument, l'assuré plaidant au bénéfice de l'assistance juridique.

A/2536/2011 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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