

GE_GERICHTE ATAS/1207/2010 vom 25. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1207_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1207/2010 du 25 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1207/2010 del 25 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) 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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

E. 3

Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/2257/2009 - 12/17 -

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalidé à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

E. 6

Selon l'art. 17 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. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b, ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATF du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

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 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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

A/2257/2009 - 13/17 - 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; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) 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, 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). d) 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 du 29 septembre 2008, 9C_405/2008, consid. 3.2).

A/2257/2009 - 14/17 - e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

E. 9

Dans le cas présent, la dernière procédure de révision s'est déroulée en 2007. Il convient donc de déterminer si le taux d'invalidité du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé examinant le droit à la rente, rendue en novembre 2007. Dans sa demande de révision, le recourant a fait valoir qu'il souffre de lésions au genou et au poignet. Le certificat du Dr L_____ joint à sa demande atteste d'une incapacité totale de travail. Il faut relever qu'il ne s'agit pas là d'éléments nouveaux. En effet, les atteintes articulaires du recourant sont connues de longue date et ne sont au demeurant pas contestées. Ce sont d'ailleurs précisément ces atteintes qui ont conduit à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Le recourant n'amène aucun élément démontrant que ces atteintes se seraient aggravées ou qu'elles auraient désormais de plus lourdes conséquences sur sa capacité de travail. Quant à l'incapacité de travail attestée par le Dr L_____, il ne s'agit pas non plus d'un élément nouveau puisque, selon ce médecin, le recourant est totalement incapable de travailler depuis 1991. Ce praticien n'a d'ailleurs pas mis en avant une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure à la dernière révision du droit à la rente puisqu'il a précisé dans son rapport du 11 mars 2009 que l'aggravation remontait à environ quatre ans. Enfin, les éléments ressortant de son audition par le Tribunal de céans, soit les douleurs au poignet gauche, l'éventualité d'une arthrodèse (blocage de l'articulation) et de la pose d'une prothèse du genou, ainsi que la limitation du périmètre de marche étaient déjà connus au moment de l'expertise du Dr P_____, en septembre 2007. Ainsi,

force est de constater qu'au niveau orthopédique, aucune aggravation n'a été démontrée. Faute d'appréciations médicales ou de diagnostics nouveaux permettant de remettre en question les conclusions du Dr P_____ quant à la capacité de travail du recourant, la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires s'avère dès lors superflue par appréciation anticipée des preuves.

A/2257/2009 - 15/17 - Pour le surplus, il convient de noter que l'expertise établie par le Dr P_____ en 2007 correspond aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Elle a en effet été établie en pleine connaissance du dossier et ses conclusions sont motivées et convaincantes. Le recourant ne l'a d'ailleurs pas contestée. Dans la mesure où la décision prise par l'intimé dans le cadre de la dernière procédure de révision se fonde essentiellement sur les conclusions de l'expert, il n'y a par conséquent pas lieu d'admettre que cette décision reposait sur une constatation inexacte des faits, qui peut à certaines conditions donner lieu à une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF 135 V 215, consid. 4.1; ATF 127 V 10, consid. 4b).

E. 10

Le recourant invoque également une aggravation de son état de santé psychique. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, ATF 116 V 246, consid. 1a). Les faits survenus postérieurement et qui modifient la situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). En l'occurrence, le recourant a consulté la Dresse S_____ en janvier 2009. Les renseignements fournis par cette psychiatre au Tribunal de céans ne permettent cependant pas de retenir que le recourant souffrait à l'époque de troubles psychiques ayant une ampleur suffisante pour modifier son droit à la rente. En effet, cette praticienne a relevé que les atteintes étaient avant tout d'ordre physique. Le recourant n'a d'ailleurs pas suivi de traitement pour les atteintes psychiques qu'il allègue avant le mois de janvier 2010. Certes, il affirme que c'est en raison de problèmes financiers qu'il a dû cesser de consulter la Dresse S_____. Cependant, cette assertion n'est pas corroborée par les indications du médecin, lequel a souligné que le recourant ne semblait pas prêt à se soigner. Par ailleurs, le Dr L_____, qui suit le recourant depuis de nombreuses années et connaît bien son dossier médical, a admis dans son rapport du 11 mars 2010 qu'il ne souffrait pas de troubles psychiques justifiant une prise en charge psychiatrique. Enfin, le recourant n'a jamais mentionné ces troubles avant l'audience du 14 décembre 2009, laquelle s'est tenue plus de six mois après la décision querellée. Seuls les rapports du Dr T_____, fournis par la suite, font formellement état de troubles psychiques induisant une incapacité de travail totale depuis février 2009 déjà. Cependant, ces rapports ne sauraient suffire à remettre en cause les informations données par la Dresse S_____ - et le Dr L_____ sur la capacité de travail du recourant et ses éventuelles atteintes au plan psychique avant la décision litigieuse. En effet, le Dr T_____ ne suit l'assuré que depuis fin janvier 2010. De plus, l'aggravation des troubles psychiques dont fait état le Dr T_____ est pour l'essentiel liée au deuil vécu par le recourant en septembre 2009, soit plusieurs mois après la décision dont est recours.

A/2257/2009 - 16/17 - Compte tenu de ces éléments, on ne peut considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il y ait eu aggravation de l'état de santé du recourant avant la décision litigieuse.

E. 11

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours sera rejeté. L'art. 69 al. 1bis LAI 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 litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. En l'espèce, l'émolument sera arrêté à 200 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

A/2257/2009 - 17/17 -

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