

GE_GERICHTE ATAS/1321/2014 vom 18. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1321_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1321/2014 du 18 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1321/2014 del 18 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant déjà été examinées dans l'ordonnance du 24 mai 2013, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

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. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le 30 août 2005 - date de l'avant-dernière décision - au point d'influencer son droit aux prestations. Se pose également la question des intérêts

A/1853/2012 - 11/18 - moratoires dus sur les prestations que l'intimé a reconnu devoir à l'assuré avec effet rétroactif au 1er janvier 2004 (trois-quarts de rente au lieu d'une demi-rente).

E. 4

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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 5

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).

A/1853/2012 - 12/18 -

E. 6

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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

a) L'intimé considère que, depuis 2005, l'état du recourant s'est amélioré au point de lui avoir permis de recouvrer une pleine capacité de travail, se basant pour cela sur l'expertise de la Dresse D_____. Le recourant le conteste et invoque à l'appui de sa position les conclusions du COP- AI. Il reproche par ailleurs à la Dresse D_____ de n'avoir pas tenu compte des

A/1853/2012 - 13/18 - suites de l'accident dont il a été victime en 2007, dont il allègue qu'il a aggravé ses problèmes de santé en ajoutant aux problèmes déjà existant une cophose droite avec acouphènes et une contracture douloureuse cervicale droite entraînant une mobilité légèrement diminuée de la rotation latérale droite. b) La décision du 30 août 2005 se basait essentiellement sur l'avis du Dr C_____ indiquant que l'état de son patient était demeuré stationnaire, c'est-à-dire identique à celui ayant donné lieu à la décision de révision du 24 juin 1998 ayant conclu à un degré d'invalidité de 65% eu égard à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux problèmes lombaires de l'assuré. Il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait alors à celle prévalant au moment de la décision litigieuse, en mai 2012. A cet égard, la Cour de céans a considéré que l'expertise privée du Dr I_____ avait fait naître, vis-à-vis des conclusions de la Dresse D_____, des doutes suffisants pour justifier la mise sur pied d'une expertise judiciaire, la cause ne pouvant être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis. En effet, tant le rapport de la Dresse D_____ que celui du Dr I_____ remplissaient, a priori, les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, mais aboutissaient à des conclusions divergentes. C'est d'ailleurs ce qu'a constaté l'expert judiciaire, qui a commencé par examiner les expertises effectuées par les Drs D_____ et I_____ et relevé que, bien qu'elles soient contradictoires dans leurs conclusions, chacune d'elles restait cohérente par rapport aux éléments observés. Ainsi, la Dresse D_____ soulignait la présence de différents éléments anamnestiques l'amenant à douter de la réalité de douleurs handicapantes chez un assuré s'étant présenté comme peu symptomatique, sans gêne dans les activités de la vie quotidienne, n'ayant pas consulté de spécialiste durant une période de presque dix ans - de 1998 à 2008 -, déclarant ne subir aucune restriction dans la vie de tous les jours, voir régulièrement ses amis et marcher quotidiennement. D'autant que la Dresse D_____ disait n'avoir constaté aucune limitation des mobilités cervico-dorso-lombaires à l'examen, pas plus que de douleurs à la percussion et à la palpation. En définitive, l'expert judiciaire a considéré que les conclusions de la Dresse D_____ semblaient correctes et pertinentes par rapport à son anamnèse et à ses constatations radiologiques. Au Dr I_____, l'assuré avait fait part de plaintes plus importantes (description de lombalgies persistantes et handicapantes ainsi que de cervico-lombalgies). A l'examen clinique, ce médecin avait cette fois décrit un syndrome vertébral important, avec des douleurs au niveau de la charnière lombosacrée. Au niveau radiologique, il s'était basé sur une imagerie plus récente et postérieure à l'expertise de la Dresse D_____, montrant un canal lombaire étroit constitutionnel, avec des atteintes dégénératives discrètes des articulaires postérieurs et un rétrécissement au niveau L4-L5, entraînant une striction du calibre rachidien à ce niveau. Là encore,

A/1853/2012 - 14/18 - le Dr J_____ a estimé que l'appréciation du Dr I_____ était cohérente par rapport aux plaintes de l'expertisé et à l'examen clinique. A l'instar de la Cour de céans avant lui, il s'est dès lors étonné de ces conclusions contradictoires, alors même que, selon l'assuré, son état de santé était resté stationnaire, et en a recherché l'origine. Le Dr J_____ a relevé que la Dresse D_____ avait tiré certaines conclusions d'éléments anamnestiques en partie critiquables : ainsi l'absence de consultation d'un spécialiste du dos sur une période de dix ans ne saurait avoir de signification claire s'agissant d'un assuré ayant déjà consulté de nombreux médecins auparavant, sans amélioration de son état ; de la même manière la présence d'activités durant la journée n'aurait pas dû conduire à exclure l'absence de douleurs handicapantes dans un cadre professionnel, tout au plus à conclure que l'intensité des douleurs n'est pas suffisante pour empêcher l'assuré d'effectuer certaines activités de la vie quotidienne ; par ailleurs, la description d'un bilan radiologique standard de la colonne cervico-dorso-lombaire n'était pas suffisante en soi pour exclure une pathologie du rachis. Néanmoins, la description de l'examen du rachis lombaire sans aucune limitation de la mobilité et palpation indolore et l'observation d'un changement d'attitude de l'assuré confronté à la normalité de son dos semblerait indiquer tout au moins une certaine amplification des plaintes. Quant au Dr I_____, l'expert judiciaire a regretté qu'il n'ait pas tenu compte des observations de la Dresse D_____ et n'ait pas recherché plus activement des signes de non-organicité ou de démonstrativité d'amplification, se retranchant derrière les constatations radiologiques du scanner pratiqué en novembre 2011, mettant en évidence une striction relativement marquée du fourreau dural en L4-L5. A l'examen clinique, l'expert judiciaire a quant à lui retrouvé une attitude douloureuse, entraînant un maintien rigide, voire une certaine kynésiophobie - expliquant vraisemblablement un syndrome vertébral avec de fortes limitations en flexion antérieure du tronc ainsi qu'en extension et en inclinaison. Il a également retrouvé une douleur relativement bien localisée à la palpation au niveau L4-L5 gauche voire, de façon moindre, en L5-S1. Il a toutefois également constaté une certaine démonstrativité, ainsi que des signes de non-organicité de WADDELL (3 sur 5) indiquant une composante non fonctionnelle évoquant un syndrome douloureux chronique de type somatoforme. En revanche, les points de SMYTHE négatifs lui ont permis d'écarter un syndrome fibromyalgique. L'expert en a tiré la conclusion que ses observations anamnestiques et cliniques étaient plus proches de celles du Dr I_____ que de celles de la Dresse D_____, même si la présence de signes de démonstrativité et de non-organicité semblaient indiquer la présence d'un syndrome douloureux chronique n'ayant pas été mis en évidence par le Dr I_____. L'expert judiciaire a reconnu une certaine cohérence de la location précise de la douleur en paralombaire gauche au niveau L4-L5. Il a également relevé l'absence

A/1853/2012 - 15/18 - d'extension des champs douloureux à l'ensemble du rachis et l'absence de points de fibromyalgie, éléments parlant en partie en défaveur d'un syndrome douloureux chronique généralisé. Afin de clarifier la situation, l'expert a procédé à un second examen, trois mois après le premier, qui lui a permis de constater que les plaintes et l'examen clinique étaient reproductibles. Il a en outre procédé à une nouvelle IRM de la colonne lombaire en novembre 2013, à la recherche d'éléments objectifs pouvant justifier les douleurs. A l'examen radiologique, il a retrouvé les critères en faveur d'un rétrécissement constitutionnel du canal rachidien - sans rétrécissement significatif du canal -, associé à une discrète discopathie dégénérative L4-L5 entraînant un rétrécissement modéré, non significatif, du fourreau dural. L'examen n'a montré ni hernie discale, ni

conflit disco-radicaux, ni sténose foraminale serrée. La seule pathologie significative était une arthrose marquée des articulaires apophysaires postérieurs de L4-L5 des deux côtés, associée à un kyste arthrosynovial situé en regard de l'interligne antérieur des massifs articulaires postérieurs de L4-L5 gauche mesurant jusqu'à 5 mm de diamètre et n'entraînant toutefois pas d'évidence de conflit radicaux. L'expert s'est alors posé la question de savoir si ce kyste pouvait expliquer une lombalgie localisée paralombaire gauche depuis plusieurs années. Il a reconnu la présence d'une corrélation radioclinique relativement cohérente entre la présence d'une arthrose des facettes articulaires avec un kyste arthrosynovial en L4-L5 gauche et une douleur persistante paravertébrale L4-L5 gauche. Les autres constatations radiologiques ont montré l'absence de trouble dégénératif de la colonne lombaire. L'expert judiciaire a alors pris conseil auprès du docteur J_____, neuroradiologue spécialiste du rachis, et du docteur K_____, neurochirurgien, qui lui ont confirmé que cette image de kyste arthrosynovial au niveau L4-L5 gauche pouvait être responsable d'une douleur chronique lombaire localisée. L'expert s'est également référé à la littérature médicale, pour expliquer le rôle des troubles dégénératifs des facettes articulaires dans la persistance des douleurs lombaires. L'expertise du Dr J_____, bien documentée, exposant dans les détails la manière dont il est parvenu à ses conclusions, complétée qui plus est par son audition devant la Cour de céans, apparaît de nature à emporter la conviction. L'expert a ainsi expliqué en détails les raisons pour lesquelles il estime que les douleurs - localisées et non diffuses - du recourant sont bel et bien en corrélation avec son problème lombaire. De la même manière, il a indiqué les motifs qui le conduisaient à ne pas retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - à tout le moins à titre principal. Il y a donc lieu de se ranger à l'avis selon lequel le recourant ne dispose toujours que d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Au moment de la décision de suppression de rente litigieuse, en mai 2012, force est de constater que le tableau clinique présenté par le recourant ne diffère pas fondamentalement de celui présenté en 2005.

A/1853/2012 - 16/18 - Quant à l'amélioration de la capacité de travail à laquelle a conclu la Dresse D_____, elle a été infirmée tant par les Drs I_____ et J_____ que par les maîtres de stage de la fondation PRO. Dans ces circonstances, il n'existe pas de modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée supra, autorisant une révision du droit à la rente, de sorte que c'est à tort que l'intimé a mis un terme au versement de celle-ci. Sur ce point, le recours est admis. Cependant, eu égard aux explications convergentes de tous les médecins selon lesquels une augmentation de la capacité de travail serait vraisemblablement envisageable après réentraînement à l'effort, il est rappelé au recourant qu'il a l'obligation de réduire le dommage et qu'en conséquence, les mesures préconisées notamment par le Dr I_____ pour se réentraîner à l'effort et participer à la diminution des douleurs (renforcement du dos, exercices physiques réguliers) peuvent être exigées de sa part, étant précisé que la situation pourra être réévaluée ultérieurement par l'intimé.

E. 8

Se pose encore la question des intérêts moratoires dus sur le montant que l'intimé reconnaît devoir depuis le 1er janvier 2004. a) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de

collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11); RS 830.11), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% l'an. L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA). b) Il n'y a pas de motifs valables pour limiter l'octroi d'intérêts moratoires dans le cas d'une reconnaissance initiale du droit à la rente et de l'exclure dans le cadre d'une procédure de révision. La fonction compensatrice (et préventive) des intérêts moratoires trouve en fait pleine justification aussi dans la seconde situation (ATF 137 V 273 consid. 4 et 5). c) En l'espèce, le droit du recourant à un trois-quarts de rente est né le 1er janvier 2004, de sorte que le délai de 24 mois échoit le 31 décembre 2005. Cependant, conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA, les intérêts sont dus au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir son droit. En l'occurrence, c'est l'intimé qui a spontanément relevé son erreur et a corrigé la situation en faveur du recourant par décision du 11 mai 2012. Ce n'est donc qu'à compter du 11 mai 2013 que l'intimé doit être condamné au versement des intérêts moratoires et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement sera donné.

A/1853/2012 - 17/18 -

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

A/1853/2012 - 18/18 -

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.