

GE_GERICHTE ATAS/133/2014 vom 29. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_133_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/133/2014 du 29 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/133/2014 del 29 gennaio 2014

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 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.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question du degré d'invalidité du recourant.

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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 un 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. 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 et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la

mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

A/1797/2011 - 11/16 -

E. 6

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (ATF non publié 9C_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

E. 7

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). 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).

A/1797/2011 - 12/16 - b. 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 ne s'écarter 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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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. 3b/cc).

E. 8

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). c. 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 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

A/1797/2011 - 13/16 - fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 9

En l'espèce, l'intimé admet une incapacité de travail totale dès août 2012, soit postérieurement à la décision litigieuse du 11 mai 2011. Il sied par conséquent d'apprécier l'état de santé et l'incapacité du recourant à partir du moment où, au plus tôt, il aurait pu prétendre aux prestations d'invalidité, soit en l'occurrence en février 2009, six mois après le dépôt de sa demande en août 2008. Dès lors que l'invalidité devait exister à 40 % au moins

depuis une année, est déterminant l'état de santé dès février 2008. Selon l'expert judiciaire, la capacité de travail du recourant est nulle depuis 2007. Cependant, l'expert ne donne aucune explication quant à cette appréciation. Il semble qu'il se soit fondé pour celle-ci sur le rapport du 16 décembre 2008 des médecins traitants, les Drs L _____ et M _____. Par la suite, la Dresse N _____ atteste une incapacité de travail totale de 100 %, dans son rapport du 7 avril 2009. Outre la limitation fonctionnelle pour les efforts physiques, elle fait état de bouffées d'angoisse et de colère, ainsi que d'une diminution du rendement en raison du trouble de la concentration et de la mémoire. On pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à raison de 30 %. Cependant, le Dr O _____ admet pour la même période une totale capacité de travail sans diminution de rendement significative. Certes, son expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, il convient de relever que, d'une part, l'expert n'a pas vu le recourant à cette époque. De surcroît, il n'est pas spécialiste en cardiologie, contrairement à la Dresse N _____. De plus, le caractère sévère de la pathologie cardiologique est confirmé par le nouvel infarctus du recourant en juillet 2009. Certes, en août 2011, la Dresse N _____ se rallie aux conclusions du Dr O _____ et admet que la capacité du recourant dans son activité de courtier d'assurance est de 50 %. Cependant, une valeur probante ne peut être accordée à cette appréciation, dans la mesure où le recourant était en conflit avec cette cardiologue au sujet des notes d'honoraires, comme cela ressort de ses déclarations lors de son audition devant la chambre de céans. Par ailleurs, elle se contredit elle-même, dès lors qu'elle avait considéré en avril 2009 que la capacité de travail était nulle. Partant, la chambre de céans estime qu'il y a lieu de se fonder sur l'appréciation de la capacité de travail de la Dresse N _____ en avril 2009. Quant à celles des Drs Drs L _____ et M _____, il sied de relever que ceux-ci ne sont spécialistes ni en cardiologie ni en psychiatrie. Ainsi, ce rapport est insuffisant pour admettre qu'après l'infarctus de décembre 2006, le recourant était en incapacité de travail durable en 2007 pendant une année au moins. Il est en effet possible qu'il ait pu récupérer une capacité de travail six mois après cet infarctus.

A/1797/2011 - 14/16 - En septembre 2009, il est question, dans le rapport de la consultation multi-disciplinaire angiologie-chirurgie et cardiovasculaire-radiologie interconventionnelle, d'une intervention chirurgicale en vue d'une revascularisation. Cependant, une telle intervention ne pourrait être réalisée qu'après un intervalle libre d'au moins six mois après l'infarctus de juillet 2009, selon les médecins. Cela étant, la Chambre de céans estime également convaincant le fait que la capacité de travail du recourant est restée nulle durant toute l'année 2009, ce qui correspond du reste à l'appréciation du Dr O _____ qui a admis une incapacité de travail totale entre le 31 juillet et le 31 décembre 2009. Dans le cadre de l'instruction du recours, la Chambre de céans soumet l'expertise du Dr O _____ au Dr Q _____ du Service de cardiologie des HUG et lui demande de déterminer la capacité de travail. Cependant, à ce moment, soit en août 2011, ce médecin ne peut se prononcer sur la capacité de travail du recourant, celui-ci étant incapable d'effectuer un test d'effort. Par la suite, ce médecin atteste en octobre 2012, sur la base d'un bilan cardiologique complet, que la capacité de travail est inférieure à 20 %. Il est vrai que, à ce moment, son état s'est encore détérioré, le recourant souffrant d'une dysfonction cardiaque importante, pour laquelle il va devoir bénéficier d'un défibrillateur. Enfin, la capacité de travail est également réduite en raison d'une artériopathie des membres inférieurs sévères et d'un état dépressif et anxieux sous-jacent. Entre début 2010 et août 2011, il n'y a pas lieu d'admettre une amélioration de l'état sur le plan cardiologique. Tout en

contraire, selon l'expert judiciaire, la progression de la maladie coronarienne a été relativement rapide depuis le dernier contrôle coronarographique en 2009, comme il ressort du courrier qu'il a adressé au Dr W_____. Sur le plan psychiatrique, il convient de relever qu'une expertise n'a aujourd'hui guère de sens, si ce n'est pour apprécier la capacité de travail du recourant rétroactivement à partir de février 2008. Pour ce faire, l'expert devrait toutefois se fonder sur les rapports en sa possession, tout comme la Chambre de céans. A cet égard, il résulte du dossier que le recourant était en incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques du 24 février 2004 au 21 février 2006, selon le rapport du 22 juillet 2012 de la Dresse R_____. Le diagnostic de cette psychiatre était alors un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique et de phobies sociales. Par ailleurs, le 16 décembre 2008, les Drs L_____ et M_____ font également état d'un état anxio-dépressif et d'un trouble de la mémoire. La Dresse N_____ le confirme dans son rapport du 7 avril 2009. Les médecins des HUG, où le recourant est hospitalisé suite à l'infarctus de juillet 2009, posent aussi le diagnostic d'un état anxio-dépressif, de même que le Dr O_____ dans son expertise. Celui-ci estime toutefois que ce trouble n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Concernant les troubles dépressifs récurrents, au moment de l'expertise au décours sous traitement antidépresseur, il admet qu'une évaluation précise de ceux-ci dépasse le cadre de

A/1797/2011 - 15/16 - l'expertise. Le 2 octobre 2012, la Dresse S_____, psychiatre, émet le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de trouble anxieux-phobique depuis 2006 avec une évolution défavorable. La capacité de travail est nulle. Il ressort de ces rapports que la présence de troubles psychiques depuis 2004 ne peut être niée, cet élément étant confirmé par tous les médecins. Par ailleurs, s'agissant d'un état dépressif récurrent, il se pourrait également que le recourant se soit trouvé dans une phase de rémission, lorsqu'il a été examiné en avril 2010 par le Dr O_____. Ses conclusions à ce sujet ont dès lors une valeur probante limitée, comme il l'admet lui-même. Cela étant, compte tenu d'une incapacité de travail d'avril à décembre 2009 en tout cas, comme relevé ci-dessus, de la détérioration de l'état cardiologique constaté par la suite en 2012, de l'artériopathie des membres inférieurs ayant nécessité des multiples interventions et du trouble dépressif récurrent, la chambre de céans estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, le recourant n'a pu recouvrer une capacité de travail après 2009 et que celle-ci était dès lors presque nulle au moins depuis avril 2009, étant rappelé que la Dresse N_____ avait estimé à cette date que tout au plus une activité professionnelle pouvait être reprise à raison de 30 %. Or, un degré d'invalidité de 70 % ouvre déjà le droit à une rente entière. Enfin, il convient d'ajouter que, selon le Dr V_____ un trouble dépressif est un facteur de risque de morbidité et de mortalité augmenté chez les patients avec maladie coronarienne préexistante et surtout après infarctus. Cela va également dans le sens d'une incapacité de travail totale dès avril 2009. Il sied encore d'ajouter que le recourant n'aurait pas pu exercer l'activité de courtier en assurance, dans la mesure où il ressort clairement des rapports médicaux qu'il devait éviter tout stress. En effet, un tel travail comporte beaucoup de stress, selon les déclarations du recourant devant la chambre de céans, ce que du reste le médecin du SMR a également admis dans son avis médical du 20 août 2012. Partant, vraisemblablement, une comparaison du salaire sans invalidité avec celui que le recourant aurait pu obtenir dans une activité adaptée à 50 % révélerait une perte de gain supérieure à 70 %. Ainsi, le droit à une rente entière doit être admis après l'écoulement du délai d'attente d'une année, soit dès avril 2010. Avant cette date, il est certes possible que le recourant ait présenté une incapacité de travail. Cependant, sur la base du dossier, cela ne peut être retenu

au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 10

Cela étant, le recours sera très largement admis et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 1er avril 2010.

E. 11

Dans la mesure où l'intimé succombe, un émolument de justice de 1'000 fr. est mis à sa charge.

A/1797/2011 - 16/16 - 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.