

GE_GERICHTE ATAS/240/2013 vom 7. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_240_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/240/2013 du 7 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/240/2013 del 7 marzo 2013

Erwägungen

E. 24

Le recourant forma opposition le 20 mai 2011. Le recourant contestait le contenu de l'expertise du Dr T_____, se référant aux avis des Drs N_____ et S_____. Il considérait notamment qu'il était erroné de prétendre que son état de santé ne s'était pas aggravé. Le recourant sollicitait qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée afin d'évaluer ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan physique que psychique. Il concluait également à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, notamment des mesures d'ordre professionnel.

E. 25

L'OAI mandata les Drs O_____ et U_____, spécialistes FMH en rhumatologie et médecine interne, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une expertise bidisciplinaire. Ces médecins rédigèrent leur rapport le 9 janvier 2012 après un examen en date du

E. 29

Invité à communiquer le récépissé postal ou une preuve de la date de réception de la décision du 20 août 2012, l'OAI répondit le 6 novembre 2012 que la décision avait été adressée par pli simple et non pas en recommandé, de sorte qu'il n'y avait pas de récépissé postal.

E. 30

Le même jour, l'OAI fit parvenir sa réponse au recours. L'OAI concluait à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise. L'OAI rappelait la jurisprudence liée à la prise en compte des avis médicaux. Il considérait que l'expertise des Drs O_____ et U_____ du 9 janvier 2012 se fondait sur une étude circonstanciée et des examens complets, prenait en considération les plaintes exprimées de la personne examinée et avait été établie en pleine connaissance de cause. De même, la description du contexte médical et d'appréciation de la situation était claire et les conclusions dûment motivées, de sorte que cette expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, au

A/3078/2012 - 8/15 - contraire de l'avis des médecins-traitants qui avait été pris en considération par les experts.

E. 31

Par courrier du 19 novembre 2012, le conseil du recourant transmet à la Chambre des assurances sociales un certificat médical du Dr V_____, médecin interne à la Consultation psychiatrique des Pâquis des HUG, daté du 19 octobre 2012. Ce médecin indiquait que le recourant était suivi en consultation depuis le mois de mars 2009 en raison de l'apparition d'un état dépressif à la suite d'un arrêt maladie et d'un premier refus de

l'assurance-invalidité. Le Dr V _____ suivait personnellement le recourant depuis le 1er décembre 2011. Le recourant souffrait d'un état dépressif d'intensité fluctuante entre modérée et sévère. L'évolution depuis une année était de mauvais pronostic en raison d'une chronicisation importante des troubles, voire même une péjoration, ceci malgré un traitement psychotrope important. Son traitement associait un neuroleptique, un anxiolytique et un antidépresseur à posologie maximale. Le nouveau refus de prestations de l'assurance-invalidité avait exacerbé les idées suicidaires du recourant et augmenté le risque de passage à l'acte.

E. 32

Le 17 décembre 2012, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR, signé de la Dresse W _____ et daté du 13 décembre 2012, persista dans ses conclusions. Le SMR, et à sa suite l'OAI, relevaient que l'avis du Dr V _____ était une appréciation différente, favorable au recourant mais qu'il n'y avait pas d'aggravation objective ou de nouvelle atteinte. Il était rappelé qu'une expertise bi-disciplinaire avait été réalisée et avait retenu un état dépressif en rémission sans influence sur la capacité de travail.

E. 33

Les parties furent entendues en comparution personnelle le 17 janvier 2013. Le recourant expliqua que par le passé il travaillait à la campagne mais ne pouvait plus le faire en raison de problèmes de dos et de problèmes psychiques. Il expliquait que si l'AI lui trouvait un travail il pourrait l'exercer. Il n'arrivait pas à rechercher un tel travail sans aide, mais n'avait fait aucune démarche dans ce sens. Il expliqua être seul et aidé par l'Hospice général. S'agissant de sa présence sur un chantier sis à la rue F _____ en octobre 2009, il expliqua qu'il était présent sur le chantier lorsque des inspecteurs étaient arrivés et avaient pris des photographies. En revanche, il ne travaillait pas et ce n'était pas lui qui se trouvait en haut d'une échelle sur l'une des photographies. Son conseil expliqua que l'état de santé du recourant s'aggravait constamment, ce que l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012 démontrait. Le recourant ne serait plus capable de travailler du tout et estimait qu'il n'avait pas été tenu compte de son état psychique dans le cadre de la première demande.

A/3078/2012 - 9/15 - Le recourant indiqua que sa médication avait été doublée en janvier 2011, mais qu'il ne prenait que les médicaments nécessaires et qu'il devait prochainement faire un séjour à la Clinique de Belle-Idée. Il estima que son état était stable depuis deux ans en arrière. Le conseil du recourant précisa ses conclusions en ce sens qu'il sollicitait une expertise psychiatrique complémentaire, ainsi que des mesures de réadaptation. Il expliquait que le recourant contestait les expertises des deux psychiatres mandatés par l'AI, soit les Drs T _____ et U _____. Il estimait que les constatations de ces médecins n'étaient pas identiques aux constatations de ses médecins traitants et qu'il n'avait pas été tenu compte de ses limitations fonctionnelles psychiatriques. Il se référait à nouveau à l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012. La représentante de l'OAI indiqua que ledit office persistait dans ses conclusions et sollicita l'apport des photographies originales du chantier sis rue F _____, celles figurant au dossier étant difficilement exploitables. Elle rappela que le SMR s'était prononcé sur l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012 et que la détermination du degré d'invalidité avait eu lieu le 11 février 2008. Un tel taux d'invalidité avait été validé de manière définitive et il s'avérait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis lors, de sorte que la question n'avait pas été réexaminée sous l'angle de l'activité adaptée susceptible d'entrer en considération dans le cadre de la deuxième

demande. A l'issue de l'audience, la cause fut gardée à juger. EN DROIT 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. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. 3. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au

A/3078/2012 - 10/15 - moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2). En l'espèce, l'OAI indique n'avoir pas expédié la décision du 20 août 2012 par pli recommandé et ne pas pouvoir justifier de la date de sa notification. Quant au recourant, il allègue, sans être contredit, avoir reçu ladite décision le 13 septembre 2012. Ainsi, le recours adressé au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice par pli du 12 octobre 2012 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, dans le cadre d'une deuxième demande de prestations motivée par une aggravation de l'état de santé, principalement sur le plan psychique. En particulier, le point litigieux concerne l'appréciation par les différents médecins de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, étant rappelé que la pleine incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'ouvrier agricole n'est pas remise en cause. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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

A/3078/2012 - 11/15 - économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa [RS 830.1]) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Selon l'art. 28 al. 1 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. 6. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

A/3078/2012 - 12/15 - En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points

litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351, consid. 3c) Quant au médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références). 7. En l'espèce, dans le cadre d'une première demande de prestations AI, le recourant s'est vu reconnaître un taux d'invalidité de 11%, ceci selon une décision datée du 28 avril 2008 et entrée en force. Ce degré d'invalidité était fondé sur une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. La capacité de travail ainsi évaluée, en particulier dans l'expertise rhumatologique du Dr O_____, était fondée uniquement sur l'état de santé somatique du recourant. En revanche, il n'était pas tenu compte d'aspects psychiques. Suite au dépôt d'une deuxième demande, il fut considéré par le SMR (avis du 8 septembre 2009 du Dr R_____) que l'aggravation de l'état de santé était plausible sur le plan psychiatrique. Ce faisant, l'OAI a instruit le dossier de manière complète, se procurant un résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves du 26 mai 2009 et mettant sur pied tout d'abord une expertise psychiatrique et psychothérapeutique confiée au Dr T_____, puis une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique, psychothérapeutique et rhumatologique, laquelle fut confiée aux Drs O_____ et U_____.

A/3078/2012 - 13/15 - Les avis de ces différents experts sont convergents. Au plan psychiatrique, la capacité de travail est complète. Sur le plan somatique, les experts retiennent que les conclusions formulées en 2007 restent d'actualité, à savoir que si la capacité de travail est effectivement nulle comme ouvrier agricole, elle reste de 70% dans une activité adaptée. Il sera relevé à ce stade que les expertises des Drs T_____, O_____ et U_____ remplissent toutes les conditions permettant de leur accorder une pleine valeur probante. En particulier, il s'agit d'expertises détaillées comportant des explications et discussions convaincantes. 8. Certes, les Drs N_____ et S_____ ne partagent pas l'avis des experts. Cela étant, le Dr N_____ n'est pas un psychiatre mais un chirurgien. Ainsi, l'on ne saurait accorder à son avis une valeur probante plus importante qu'à celui des experts lorsqu'il indique que l'aggravation de l'état de santé intervient en raison d'un état dépressif. Pour le surplus, ce médecin relève que la symptomatologie somatique a peu évolué, ce qui confirme l'avis de l'expertise sur le plan somatique. Quant à l'avis du Dr S_____ du 11 janvier 2010, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice relève qu'une recherche sur le site internet de la FMH (www.doctorfmh.ch) permet de confirmer que ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie. De surcroît, ce médecin semble être le médecin traitant du recourant. Pour chacun de ces deux motifs, il est également exclu d'accorder à l'avis du Dr S_____ une valeur probante plus importante qu'à celui des experts. Le recourant fait encore valoir l'avis du Dr V_____ du 19 octobre 2012. Ce médecin se prononce en faveur d'une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique. Il ne fait pas état, contrairement à ce que prétend le recourant, d'une aggravation, puisqu'il mentionne un état incompatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison de l'intensité de l'état dépressif et de sa chronicisation depuis 2009. La seule aggravation dont il est fait état est consécutive au refus des prestations de l'assurance invalidité. Ladite aggravation ne saurait ainsi être prise en compte et se trouve, de surcroît, en contradiction avec l'affirmation du recourant lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 17 janvier 2013, selon laquelle ce dernier estime que son état est stable depuis deux ans.

A/3078/2012 - 14/15 - Au demeurant, il s'agit d'une appréciation différente émanant d'un médecin traitant qui, selon la consultation du site internet de la FMH, n'est pas non plus spécialiste même s'il exerce au Service de psychiatrie des HUG. 9. En définitive, rien ne permet de s'écarter de l'avis des experts mandatés par l'AI, soit les Drs T _____, O _____ et U _____. Or, aux termes de ces avis, la capacité de travail ne s'est pas modifiée depuis la décision en force de l'Office AI du 28 avril 2008. Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'Office AI a confirmé le taux d'invalidité de 11% ne donnant pas droit aux prestations, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un nouveau calcul de ce taux d'invalidité. 10. Compte tenu de ce qui précède, il ne s'avère pas nécessaire d'élucider la question de l'éventuelle activité du recourant sur un chantier à la rue F _____ en octobre 2009. Ainsi, l'apport de photographies concernant ce chantier n'est pas nécessaire à la solution dans cette affaire, raison pour laquelle il n'y a pas été donné suite, ceci par appréciation anticipée des preuves. 11. Le recours sera ainsi rejeté. 12. Un émolument de 200 fr. est mis à charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3078/2012 - 15/15 - 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.