

# **GE\_GERICHTE ATAS/381/2019 vom 30. April 2019**

GE Cour de justice, 2019-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_381\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_381_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/381/2019 du 30 avril 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/381/2019 del 30 aprile 2019

## **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 - E 2 05), 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 forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus précisément sur le point de savoir s'il s'est aggravé dans une mesure ouvrant le droit à la rente depuis le 15 décembre 2010.

### **E. 4**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. 5**

Selon l'art. 17 al. 1 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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

A/1903/2018 - 14/18 - de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

## **E. 6**

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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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).

A/1903/2018 - 15/18 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

#### **E. 7**

Dans un arrêt de principe de 2011, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

#### **E. 8**

En l'espèce, il convient en premier lieu de se déterminer sur le grief d'ordre formel soulevé par le recourant, eu égard à la mention d'un médecin impliqué dans la relecture de l'expertise du CEMed, dont le nom ne lui a pas été communiqué. Il est souhaitable que les assurés soient informés de l'identité du médecin appelé à participer à l'établissement et à la vérification du rapport, afin qu'ils puissent faire valoir d'éventuels motifs de récusation. Cela étant, il semble que la pratique du CEMed consiste à systématiquement recourir à un médecin qui ne participe pas à l'expertise proprement dite afin de vérifier si les conclusions de ses confrères sont compréhensibles. Le rôle de ce

A/1903/2018 - 16/18 - médecin paraît ainsi se limiter à un examen de la cohérence formelle du rapport d'expertise, de sorte que son intervention ne doit en principe pas avoir de portée matérielle. Dans le cas d'espèce, la relecture de l'expertise par un médecin dont le nom n'a pas été communiqué au recourant ne suffit ainsi pas à admettre une violation du droit d'être entendu, compte tenu de l'absence de répercussions sur le fond de son intervention. On peut du reste se demander si, par analogie avec le principe tiré de la bonne foi dictant qu'un motif de récusation doit être invoqué immédiatement, sans attendre une procédure de recours subséquente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1), le recourant – assisté d'un avocat – aurait dû faire valoir cette violation alléguée de son droit d'être entendu lorsque le rapport de l'expertise lui a été communiqué, et non au stade de la présente procédure.

#### **E. 9**

Par ailleurs, au plan formel, l'expertise des Drs O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ comprend tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisque ces médecins ont pris connaissance du dossier du recourant, établi son anamnèse, recueilli ses plaintes et relaté les résultats de leurs examens cliniques. Sur le fond, elle emporte également la conviction dès lors que ses conclusions sont soigneusement motivées. En particulier, la neurologue a exposé les motifs qui l'amenaient à s'écarter de l'appréciation des Dresses I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Quant aux résultats des examens neuropsychologiques, on doit donner raison au recourant en tant qu'il relève que les rapports d'examens ne permettent pas de conclure à un défaut de collaboration. Cela étant, on peut néanmoins se rallier à l'analyse de la Dresse N\_\_\_\_\_, qui conclut uniquement à une lenteur et n'en déduit pas de diminution de rendement. Le recourant reproche en outre aux experts de ne pas avoir procédé à de nouveaux examens, notamment radiologiques. Or, il faut souligner qu'ils avaient à disposition les documents d'imagerie réalisés jusqu'en 2013. En outre, dans la mesure où l'état était stabilisé selon leurs constatations et que le status clinique n'avait pas évolué, de nouveaux examens n'étaient pas indispensables. Ce grief tombe ainsi à faux. Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi en tant qu'il tire argument des constatations des experts du CHUV, l'absence de valeur probante de leur rapport ayant été confirmée par le Tribunal fédéral. S'agissant du fait que des diagnostics plus étendus auraient été posés, il faut rappeler qu'un nouveau diagnostic ne constitue pas encore en lui-même une aggravation ou une modification notable de l'état de santé ou des circonstances entourant le droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, dès lors que seule la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.1). Dans la mesure où l'état clinique ne s'est pas modifié, un nouveau diagnostic ne suffit ainsi pas à admettre une entrave à la capacité de gain. Enfin, en ce qui concerne les ressources intellectuelles mentionnées par les experts, qu'ils illustrent notamment par le parcours académique du recourant, il faut

A/1903/2018 - 17/18 - souligner qu'elles ont été évoquées en lien avec le caractère réaliste de l'exercice d'une activité adaptée du point de vue du marché du travail. Il ne s'agit cependant pas là d'un élément pertinent dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail. Partant, son inexactitude ne porte pas à conséquence au stade de l'expertise médicale. On précisera encore que les rapports du Dr M\_\_\_\_\_ de juillet et septembre 2016, retenant des limitations fonctionnelles présentes dès 2011, ne suffisent pas à renverser l'absence d'aggravation établie par les experts du CEMed. En effet, ces rapports paraissent erronés dès lors que plusieurs des limitations fonctionnelles énumérées (notamment l'exclusion du port de charges) sont en réalité antérieures à 2011 et ont été prises en compte par les experts. Le Dr M\_\_\_\_\_ a du reste lui-même préconisé une expertise médicale. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions des experts, qui confirment que le recourant continuait à disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010. Par conséquent, elle ne donnera pas suite aux requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction et d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Le degré d'invalidité du recourant ne s'étant pas modifié dans une mesure ouvrant le droit aux prestations après décembre 2010, la décision de l'intimé doit être confirmée.

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1903/2018 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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