

GE_GERICHTE ATAS/426/2009 vom 8. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_426_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/426/2009 du 8 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/426/2009 del 8 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le 1er janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI) Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p.

E. 4

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel

A/3572/2008 - 11/16 - 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on

peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 5

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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

E. 6

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

E. 7

a) En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

A/3572/2008 - 12/16 - 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 322 consid. 5a). 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 LPGGA), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

A/3572/2008 - 13/16 - 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/bb et cc).

E. 8

En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le Centre d'expertises médicales, fonctionnant en tant que COMAI, en novembre 2006. Les experts étaient alors arrivés à la conclusion que le recourant pourrait travailler à 100 % avec une diminution de rendement de 20 à 30 %. L'incapacité de travail était survenue le 16 juillet 2003, avec le premier accident, et avait été transitoirement diminuée suite à l'accident de la circulation du 3 mai 2005. Puis, elle était restée stable. Sur la base de cette expertise, la Dresse T_____ du SMR a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail, avec baisse de rendement de 20 % dès le 26 septembre 2005, dans une activité adaptée. Il était apte à être réadapté à 50 % depuis décembre 2004. Par la suite, un nouvel ENMG effectué en novembre 2007 a montré, en plus des signes d'un tunnel carpien bilatéral, une neuropathie cubitale bilatérale avec une prédominance gauche. Par ailleurs, le recourant a été opéré le 11 mars 2007 au tunnel carpien gauche et du nerf ulnaire au coude. L'évolution était initialement favorable, mais s'est aggravée fin mars, les douleurs cervicales devenant de plus en plus importantes avec une irradiation douloureuse vers les 4ème et 5ème rayons et l'accentuation des acroparesthésies à gauche. A cela s'ajoutaient des épisodes de lâchage, selon les dires du patient, aux termes du rapport du Dr W_____ du 29 juillet 2008. Par ailleurs, une hernie discale C6-C7 assez volumineuse comprimant la racine C7 a été mise en évidence, affection qui a donné lieu à une intervention chirurgicale en janvier 2009. Le résultat de cette opération, ainsi que son évolution, ne sont pas connus. Des éléments qui précèdent, il ressort que l'état de santé du recourant s'est aggravé, du moins à partir de novembre 2007, date à laquelle une neuropathie cubitale bilatérale, en plus

du tunnel carpien bilatéral, a été mise en évidence. L'opération effectuée en mars 2008 n'a pas apporté une amélioration durable. Or, cette aggravation, ainsi que celle se rapportant à la hernie discale C6-C7 n'ont pas été instruites par l'intimé. Cela étant, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise par des médecins indépendants, et, ceci fait, nouvelle décision sur le droit à la rente. Dans la mesure où une nouvelle expertise est de toute façon nécessaire, le Tribunal de céans laissera ouverte la question de savoir si la capacité de travail du recourant s'était déjà améliorée à 50 % en décembre 2004, puis à 100 % à partir de septembre

A/3572/2008 - 14/16 - 2005, avec une diminution de rendement de 20 %, comme l'a retenu le SMR dans son rapport d'examen du 17 avril 2007. Il ne peut en effet être exclu que les nouveaux éléments médicaux conduisent également à une appréciation rétroactive différente de la capacité de travail. Il appartiendra donc à l'intimé de demander expressément aux experts s'il peut être médicalement admis que l'état de santé du recourant s'est amélioré à partir de décembre 2004 et de septembre 2005, compte tenu des nouveaux éléments médicaux figurant dans le dossier.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire d'ordonner une comparaison personnelle des parties, l'appréciation de la situation devant être fondée sur des documents médicaux.

E. 10

Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction par une expertise médicale et, ceci fait, nouvelle décision sur le droit aux prestations à partir du 1er mars 2005.

E. 11

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

E. 12

L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

A/3572/2008 - 15/16 -