

GE_GERICHTE ATAS/51/2015 vom 9. August 1990

GE Cour de justice, 1990-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_51_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/51/2015 du 9 août 1990

IT: GE_GERICHTE ATAS/51/2015 del 9 agosto 1990

Volltext

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente. REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1386/2014 ATAS/51/2015

COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 28 janvier 2015 4ème Chambre

En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

- 2/10-

A/1386/2014 Attendu en fait que lors d'un accident de circulation survenu le 8 décembre 1987, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1957, a subi une fracture ouverte du pilon tibial gauche avec nécrose cutanée surinfectée de la face antérieure du membre inférieur gauche, une fracture de la cheville gauche, une entorse grave du genou gauche et une algodystrophie post-traumatique ayant nécessité une ostéosynthèse par fixateur externe et une greffe cutanée. Il a repris le travail à 50% le 12 juillet 1988 dans son activité précédente de mécanicien de maintenance ; Que la SUVA a pris en charge les conséquences de l'accident et a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 50% de l'assurance-accidents dès le 1er août 1990 au vu de son incapacité de travail et de gain de 50% dans le métier exercé ; Que par décision du 9 août 1990 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1er décembre 1988 ; Qu'au cours des révisions d'office du 20 mai 1992 et du 16 juin 1997, l'OAI a constaté au vu des rapports du docteur C_____, orthopédiste FMH, que le degré d'invalidité du recourant n'avait pas changé au point d'influencer son droit à une rente. En conséquence, il n'a pas modifié le taux de la rente d'invalidité ; Que l'assuré a cessé de travailler dès le mois de mai 1994, si ce n'est pour des amis ; Que dans un rapport d'expertise du 1er novembre 2001 requise par l'OAI dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie, a conclu à une capacité de travail autour de 80% dans une activité adaptée ; Que dans un rapport du 10 mai 2002, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies des reins, a diagnostiqué un syndrome de Goodpasture avec insuffisance rénale progressive et syndrome néphrotique connu depuis 1991. Les risques d'atteinte pulmonaire soit par atteinte immunologique, soit par atteinte infectieuse, devaient être pris en compte. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2002 ; Que par décision du 17 novembre 2004 confirmée par décision sur opposition du 30 juin 2006, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité au motif que la capacité de travail raisonnablement exigible ressortant des rapports médicaux était de 50% ;

Qu'à la suite du recours formé le 18 août 2006, par arrêt du 28 mars 2007 (ATAS/336/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a annulé les décisions de l'OAI du 17 novembre 2004 ainsi que du 30 juin 2006 et lui a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'expertise multidisciplinaire ayant pour but de déterminer l'incidence de l'affection néphrologique sur la capacité de travail et de gain du recourant, compte tenu de son évolution ;

- 3/10-

A/1386/2014 Que dans son rapport d'expertise du 29 janvier 2009, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en néphrologie et en médecine interne, a notamment diagnostiqué une insuffisance rénale chronique de stade 3 après transplantation rénale en octobre 2007, un status après hémodialyse de mars 2006 à octobre 2007 ainsi qu'un état anxieux avec manifestations somatiques depuis 2008 et a retenu une incapacité de travail de 50% depuis décembre 1988. La capacité résiduelle de travail pourrait être théoriquement de l'ordre de 40% sur la base de l'examen physique. Toutefois, le rendement était très diminué en raison des comorbidités médicales et des limites de l'assuré dans l'endurance ; Que par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de révision de rente au motif que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était toujours de 50% ; Qu'à la suite du recours formé le 21 octobre 2009 contre ladite décision, par arrêt du 4 mars 2010 (ATAS/216/2010), le TCAS a annulé la décision du 21 septembre 2009 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin d'évaluer de manière globale les répercussions des diverses pathologies sur la capacité de travail de l'assuré ; Que dans leur rapport d'expertise du 26 novembre 2010, les docteurs G_____, spécialiste en médecine interne FMH, et H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, ont conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, après une période de reconditionnement de trois mois, avec diminution de rendement de 20% pour tenir compte d'une fatigabilité et de la nécessité d'alterner les positions. Durant la dialyse, soit de mars 2006 à octobre 2007, il existait vraisemblablement une capacité de travail exigible de 50%. Six mois après la transplantation du 5 octobre 2007, une reprise progressive et une capacité de travail devenaient exigibles dans l'activité adaptée. L'activité antérieure n'était plus exigible à plus de 50% depuis 1988 et à 0% dès 2001 ; Que dans un rapport du 13 juillet 2012, le Dr E_____ a fait état d'une rhizarthrose bilatérale depuis février 2012 et d'une dyspnée à un étage. L'évolution se précisait vers une reprise de la dialyse ou une nouvelle transplantation dans les deux ans à venir ; Que dans un rapport d'expertise du 26 août 2013 requise par l'OAI, le docteur I_____, rhumatologue FMH, a notamment diagnostiqué des rhizarthroses sévères présentes depuis 2011, une arthrite métabolique des poignets présente depuis une date indéterminée et une insuffisance rénale sévère avec un grand état de fatigue. Le status articulaire s'était péjoré entre 2011 et 2012 avec une difficulté à utiliser le membre inférieur gauche. Une rhizarthrose bilatérale présente depuis 2010 avait été décompensée à partir de 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% à partir du mois de mai 2008, six mois après la transplantation rénale, puis de 0% depuis novembre 2012. Le degré de l'incapacité de travail dans l'activité exercée

- 4/10-

A/1386/2014 jusqu'ici était de 100% depuis 2001. L'expert a indiqué se distancier des conclusions de l'expertise du 26 novembre 2010 car celle-ci avait principalement abordé les répercussions de l'insuffisance rénale sur la capacité de travail alors que la répercussion des

atteintes articulaires sur la capacité de travail avait été banalisée, l'assuré n'ayant pas été examiné par un rhumatologue ou un orthopédiste FMH ; Que par décision du 4 avril 2014, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès novembre 2012, au motif que sa capacité de travail était nulle dans toute activité dès cette date. Par conséquent, il avait droit à une rente entière d'invalidité trois mois après le changement intervenu, soit dès le 1er février 2013 ; Que l'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 15 mai 2014, en concluant à l'annulation partielle de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le début de l'année 2002 au vu notamment des rapports des docteurs J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (rapport du 22 avril 2002), C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (rapport du 29 avril 2002), K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (rapport du 30 avril 2002) ; Que dans sa réponse du 17 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du Dr I_____ n'avait pas pour but de déterminer la capacité de travail du recourant depuis la demande de révision, mais depuis le mois de septembre 2010, de sorte que ses conclusions ne devaient être suivies que pour la période dès 2008 ; Que dans son rapport du 4 novembre 2014, le Dr E_____ a précisé, sur demande de la chambre de céans du 31 octobre 2014, que la dyspnée très souvent mentionnée par le recourant lors des consultations pouvait être rattachée à la maladie rénale et pouvait, par conséquent, être considérée comme somatique ; Que dans son avis médical du 27 novembre 2014, la docteure L_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que le déconditionnement retenu par la Dresse F_____ dans son expertise pouvait expliquer une dyspnée d'effort ; Que la chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 9 janvier 2015, de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai au 22 janvier 2015 pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation ; Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation des experts; le recourant par pli et téléphone du 22 janvier 2015 et l'intimé par pli recommandé daté du 23 janvier 2015 mais reçu par la chambre de céans le 28 janvier 2015 ce qui établit que l'intimé l'a posté vraisemblablement le 27 janvier 2015 mais en tout cas après le 23 janvier 2015, soit en dehors du délai imparti; cela étant précisé, l'intimé s'est opposé formellement à la mise en œuvre d'une expertise

- 5/10-

A/1386/2014 judiciaire au motif que les expertises du CEMed et celle du Dr I_____ ont pleine valeur probante et que le recourant n'a apporté aucun élément médical objectif justifiant un tel acte d'instruction, de sorte que les critères jurisprudentiels pour mettre en place une expertise judiciaire « psychiatrique » ne sont pas réalisés ; Attendu en droit que dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - E 2 05) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que la question préalable à résoudre avant déterminer le moment à partir duquel la rente d'invalidité doit être augmentée est de savoir si l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, se sont modifiés de façon notable depuis l'octroi de la demi-rente d'invalidité par décision du 9 août 1990 ; Qu'en effet le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Or, il ressort du dossier qu'au cours des procédures de révision de 1992 et 1997, l'administration a recueilli uniquement l'avis du Dr C_____. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que l'intimé a procédé à l'époque à l'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, éléments pourtant indispensables pour que l'on puisse accorder aux communications de l'intimé des 20 mai 1992 et 16 juin 1997 la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (SVR 2010 IV n° 4 p. 7; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1) ; Que conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220

- 6/10-

A/1386/2014 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3) ; Que l'expertise du 26 novembre 2010 sur laquelle se base l'intimé pour refuser de réviser la rente d'invalidité du recourant avant le 1er février 2013 a été confiée à un spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'à un spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie alors que le recourant souffrait déjà à l'époque de troubles orthopédiques au membre inférieur gauche et d'une grave maladie rénale. A relever que, dans son arrêt du 4 mars 2010, le TCAS avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin d'évaluer de manière globale les répercussions des divers pathologies sur la capacité de travail du recourant. Par conséquent, il apparaît douteux qu'une expertise qui n'a pas été établie par un chirurgien-orthopédiste et un néphrologue satisfasse à cet objectif. En effet, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités) ; Que contrairement à l'arrêt de renvoi du TCAS, ladite expertise ne procède pas à une évaluation globale de l'état de santé du recourant ce d'autant plus que postérieurement à sa réalisation, celui-ci a souffert d'un

rhizarthrose apparue en 2010 et décompensée en 2012. En outre, elle ne compare pas les situations médicales déterminantes, à savoir celle existant à la date de l'examen par l'expert médical avec celle existant lors de la décision initiale de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_193/2009 du 25 janvier 2010 consid. 4.2). En effet, la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2) ; Que lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical

- 7/10-

A/1386/2014 doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4) ; Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ; Qu'au vu des lacunes de l'instruction à laquelle l'intimé a procédé, il convient en l'espèce d'ordonner une expertise multidisciplinaire auprès de spécialistes en orthopédie, néphrologie et rhumatologie, laquelle sera confiée aux docteurs M_____, spécialiste FMH en médecine interne, N_____, spécialiste FMH en orthopédie et O_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

- 8/10-

A/1386/2014

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise orthopédique, néphrologique et rhumatologique de Monsieur A_____. 2. Commet à ces fins les docteurs M_____, spécialiste FMH en médecine interne, N_____, spécialiste FMH en orthopédie et O_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant ; c) examiner et entendre le recourant, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes notamment en pneumologie ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostics ou diagnostics différentiels si possible selon la classification internationale. 5. S'agissant de la dyspnée, répondre aux questions suivantes : a) Le recourant présente-t-il des troubles dyspnéiques ? Si oui, depuis quand ? b) Les plaintes de l'assuré depuis 2001 sont-elles objectivées ? c) Quelles sont les limitations fonctionnelles ? 6. Invite les experts à décrire l'évolution de l'état de santé du recourant, en particulier depuis le 9 août 1990 : s'est-il amélioré, aggravé ou est-il

- 9/10-

A/1386/2014 demeuré stationnaire ? En cas de changement, depuis quand l'amélioration ou la péjoration a-t-elle eu lieu ? 7. Enumérer les limitations fonctionnelles et leur évolution, en particulier depuis le 9 août 1990. 8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 9. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 10. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, décrire son évolution, en particulier depuis le 9 août 1990. 11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 13. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. Si oui, lesquelles ? Ces mesures médicales sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? Veuillez expliquer. 14. En cas de divergences avec l'évaluation faite par le Dr D_____, le 1er novembre 2001, veuillez en expliquer les raisons. 15. En cas de divergences avec l'évaluation faite en 2002 par les Drs J_____ (rapport du 22 avril 2002), C_____, (rapport du 29 avril 2002) et K_____ (rapport du 30 avril 2002), veuillez en expliquer les raisons. 16. En cas de divergences avec l'évaluation faite par la Dresse F_____, le 29 janvier 2009, veuillez en expliquer les raisons. 17. En cas de divergences avec l'évaluation faite par les Drs G_____ et H_____, le 28 juin 2010, veuillez en expliquer les raisons. 18. En cas de divergences avec l'évaluation faite par le Dr I_____, le 26 août 2013, veuillez en expliquer les raisons.

- 10/10-

A/1386/2014 19. En cas de divergences avec les évaluations faites par le SMR les 20 septembre 2004, 28 juin 2006, 25 février 2009, 14 janvier 2011, 2 septembre 2011, 24 septembre 2012 et 27 novembre 2014, veuillez en expliquer les raisons. 20. Appréciation du cas et pronostic. 21. Toute remarque utile et proposition des experts. 5. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et son évolution du 9 août 1990 au jour de l'examen. 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le sort des frais. 8. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La Présidente

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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