

GE_GERICHTE ATAS/591/2012 vom 4. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_591_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/591/2012 du 4 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/591/2012 del 4 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

A/3590/2010 - 11/15 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par les art. 60ss LPGA, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé à l'assuré l'octroi de prestations suite à sa demande du 18 novembre 2008. En effet, force est de constater que l'on ne se trouve pas en procédure de « révision » de rente puisque l'assuré n'a bénéficié que de mesures professionnelles et de moyens auxiliaires et que, précédemment, il a disposé d'une capacité de travail pleine et entière.

E. 5

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. 6

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

A/3590/2010 - 12/15 - 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. 28 al. 2 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).

E. 7

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).

E. 8

En l'espèce, la Cour de céans considère qu'une expertise judiciaire se justifie. En effet, les conclusions du Dr C_____ apparaissent contradictoires : il conclut que l'assuré est

capable d'exercer son activité habituelle d'informaticien à raison de deux fois trois heures par jour à compter de novembre 2009 - date à laquelle la fracture du fémur s'est consolidée - alors même que, de novembre 2008 à avril 2009, il a admis une totale incapacité de travail sur la base des mêmes dorsolombalgies que celles constatées pour la période postérieure.

A/3590/2010 - 13/15 - Qui plus est, la conclusion selon laquelle l'assuré serait apte à exercer à 75% une activité d'informaticien - s'exerçant en position assise - apparaît étonnante dans la mesure où ils ont pourtant admis au nombre des limitations fonctionnelles le fait de ne pouvoir rester en position assise plus d'une heure. La Cour s'interroge également sur l'alitement prolongé (20h./jour) allégué par le recourant dont le Dr F_____ a admis qu'il paraissait exagéré alors que les Drs D_____ et B_____ semblent le trouver justifié au vu des circonstances. Le Dr D_____ a certes expliqué que l'importante rigidification de la colonne avait eu pour conséquence un déplacement vers le haut de la flexion et que cela avait pu entraîner l'apparition de discarthrose et de douleurs. Elle admet cependant que la discarthrose en question doit être qualifiée de modérée - ainsi que l'avait conclu le Dr C_____ -, de sorte que l'on peine à comprendre l'ampleur des douleurs et de l'alitement alléguée. Dans ces circonstances, une expertise bidisciplinaire apparaît nécessaire, également pour déterminer s'il existe des raisons objectives à l'alitement dont l'assuré affirme qu'il est nécessaire et à l'incapacité de travail qui en découle. Il conviendra également de vérifier si le ralentissement rénal a effectivement pour conséquence un accroissement de la fatigabilité et si celui-ci peut être évalué. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour faire valoir leurs éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts désignés. Ensuite de quoi la présente ordonnance sera communiquée à ces derniers.

A/3590/2010 - 14/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et neurologique; 2. Commet à ces fins le Dr G_____ au CHUV pour le volet rhumatologique et la Dresse H_____, service de neuro-réhabilitation Hôpital CHUV, pour le volet neurologique; 3. Charge les experts de répondre aux questions suivantes après avoir examiné et entendu Monsieur N_____, s'être entourés de tous les éléments utiles, avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que de celui de la présente procédure et s'être entouré, au besoin, de l'avis de tiers : 1. Anamnèse. 2. Plaintes et données subjectives. 3. Statut clinique. 4. Constatations objectives. 5. Diagnostic(s). 6. Appréciation du cas répondant aux questions suivantes : a. Quelle est la signification de la rupture du matériel d'implant ? Est-elle à l'origine d'une importante rigidification de la colonne avec pour conséquence l'apparition d'une discarthrose et de douleurs ? b. Les prescriptions médicamenteuses (entre autres celle du Toradol) sont-elles adéquates ? Ont-elles des incidences sur la capacité de concentration ? Si oui, de quelle ampleur (en termes de baisse de rendement) ? c. Quelles sont selon vous les conséquences des infections urinaires à répétition et de l'insuffisance rénale en termes de fatigabilité et de rendement ? Est-il exact que les néphrogrammes pratiqués en septembre 2009 et octobre 2010 aient montré une perfusion, un transit et une filtration glomérulaire dans les limites de la norme et des valeurs normales de clairance ne permettant pas d'étayer une fatigabilité accrue ? d. Est-il exigible de l'assuré qu'il continue à exercer son activité d'informaticien et à quel taux (indiquer quelles sont les répercussions des atteintes à la santé de l'expertisé sur sa capacité

de travail en

A/3590/2010 - 15/15 - pourcent) ? Doit-on s'attendre à une diminution du rendement et, dans l'affirmative, de quelle importance, en pourcent ? e. En particulier, combien de temps l'assuré peut-il rester objectivement assis ? f. Un alitement d'une vingtaine d'heures par jour est-il objectivement justifié par la situation ? g. Une autre activité serait-elle plus adaptée ? En quoi devrait-elle consister (limitations fonctionnelles) ? A quel taux serait-elle exigible ? Doit-on s'attendre à une diminution du rendement et, dans l'affirmative, de quelle importance, en pourcent ? h. Comment a évolué la capacité de travail de l'expertisé depuis novembre 2008 ? i. La capacité de travail pourrait-elle être améliorée par des mesures médicales et dans l'affirmative, lesquelles ? j. Quelles seraient à votre avis les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ? k. Quel est votre pronostic ? l. Avez-vous des remarques ou propositions ? 4. 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. 5. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés ; 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 7. Réserve le fond ;

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La Présidente

Karine STECK

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.