

GE_GERICHTE ATAS/593/2013 vom 11. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_593_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/593/2013 du 11 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/593/2013 del 11 giugno 2013

Erwägungen

E. 13

Le Tribunal fédéral, saisi par l'OAI, a rendu son arrêt le 13 décembre 2011. Il a confirmé que l'office AI, aussi bien que la juridiction cantonale, étaient liés par l'arrêt du 4 décembre 2007. Ainsi, jusqu'à la décision administrative du 21 mars 2007, qui constituait la limite dans le temps du pouvoir d'examen de la juridiction cantonale dans la procédure précédente, l'office AI n'était pas autorisé à réviser le droit de l'intimé à une demi-rente d'invalidité selon l'art. 17 LPGa. En revanche,

A/2170/2010 - 6/10 - rien ne l'empêchait de procéder à une révision du droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité postérieurement à la décision du 21 mars 2007. En effet, en matière de prestations périodiques, la force de chose jugée ne s'oppose pas à une modification due à un changement des circonstances, par exemple une aggravation ou une amélioration de l'état de santé, principe qui a été concrétisé à l'art. 17 LPGa. Cela étant, il a jugé, sur la base du rapport d'expertise du CEMED qu'il a considéré, contrairement à ce qu'avait retenu la Cour de céans, comme ayant valeur probante, que l'assuré présentait, lors de la décision litigieuse du 20 mai 2010, une capacité de travail complète sur le plan psychique, sans diminution de rendement, de sorte que l'OAI était en droit de procéder à la révision de son droit à la demi-rente d'invalidité. S'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique, le TF a conclu de l'expertise du CEMED que la lésion organique des épaules n'était pas à même d'entraîner une incapacité de travail significative et durable, tout au moins pour les activités ne sollicitant pas fortement les bras au-dessus de l'horizontal ou par levage de charges. Le TF a de même retenu une capacité de travail complète sur le plan neurologique. Le TF a dès lors annulé le jugement entrepris. Il a toutefois renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle complète le dossier en ce qui concerne les interventions d'ordre proctologique et procède à une instruction complémentaire portant sur l'existence d'un névrome ou d'une lésion spécifique éventuelle et la capacité de travail de l'intimé sur le plan gastro-entérologique et qu'elle statue sur sa capacité de gain sous cet angle lors de la décision du 20 mai 2010.

E. 14

Par courrier du 2 mars 2012, la Cour de céans a repris l'instance.

E. 15

Par courrier du même jour, elle a interrogé le Dr I _____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et chirurgie viscérale, et lui a demandé de lui communiquer copie des rapports relatifs à deux autres interventions, dont la dernière pour un névrome, subi par l'assuré. Celui-ci a transmis à la Cour de céans les différents rapports opératoires, précisant qu'il ne disposait d'aucun document en relation avec une intervention pour un névrome. Le SMR s'est déterminé le 14 mai 2012. Le médecin du SMR relève que

sur les rapports médicaux produits, ne figure aucune notion de répercussion sur la capacité de travail de ces diverses atteintes, soulignant qu'habituellement une fissure anale n'entraîne aucune incapacité de travail de longue durée. L'assuré a, le 15 mai 2012, également constaté que les rapports ne disaient rien de l'évolution des problèmes proctologiques de l'assuré.

E. 16

Le Dr A_____ a dès lors été interrogé le 22 mai 2012, afin de déterminer si l'atteinte dont l'assuré souffre entraîne ou non une incapacité de travail durable, et le cas échéant, quel en est le taux.

A/2170/2010 - 7/10 - Le Dr A_____ a répondu le 26 mai 2012 que l'atteinte entraînait effectivement une incapacité de travail durable à 100% à compter du 18 avril 2010. Le Dr I_____ auquel les mêmes questions ont été posées, a quant à lui indiqué que l'assuré présentait une affection bénigne pour ce qui est du problème proctologique pour lequel il le suit. Cette affection n'entraîne aucune incapacité de travail durable, mais seulement pendant le temps du traitement.

E. 17

Le médecin du SMR a ainsi pris note de ce qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable pour des raisons proctologiques.

E. 18

Par courrier du 5 septembre 2012, le mandataire de l'assuré s'en est rapporté à l'appréciation de la Cour de céans s'agissant de sa problématique proctologique. Il a toutefois souligné que depuis la dernière décision de l'AI, il avait été confronté à de nombreux problèmes de santé (chute dans sa baignoire, problème d'épaule, péjoration dépressive ayant donné lieu à un tentamen médicamenteux le 17 janvier 2011). Il précise également qu'il s'est présenté à INTEGRATION POUR TOUS qui a refusé d'entrer en matière, considérant qu'il n'était pas apte au travail. Il suggère dès lors qu'une expertise pluridisciplinaire, ailleurs qu'au CEMED, soit ordonnée.

E. 19

Les nouveaux certificats médicaux produits par l'assuré ont été soumis au SMR. Celui-ci a considéré qu'il n'y avait aucune aggravation durable de l'état de santé de l'assuré qui puisse remettre en question son appréciation. L'OAI a dès lors persisté dans ses conclusions, le 25 octobre 2012.

E. 20

Ce courrier a été transmis à l'assuré. Celui-ci ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui a été imparti. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'arrêt du 18 janvier 2011. Il suffit de se référer aux considérants y relatifs. 2. Le litige porte sur le droit de l'assuré au maintien de sa demi-rente d'invalidité au-delà du 21 mars 2007. 3. Par arrêt du 13 décembre 2011, le TF a annulé le jugement entrepris et renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle complète le dossier en ce qui concerne les interventions d'ordre proctologique et procède à une instruction complémentaire portant sur l'existence d'un névrome ou d'une lésion spécifique éventuelle et la capacité de travail de l'intimé sur le plan gastro-entérologique et qu'elle statue sur sa capacité de gain sous cet angle lors de la décision administrative litigieuse du 20 mai 2010.

A/2170/2010 - 8/10 - 4. Les dispositions légales et réglementaires, ainsi que les principes jurisprudentiels applicables, ont été exposés dans l'arrêt du 18 janvier 2011. Il suffit de s'y référer. 5. L'instruction complémentaire menée par la Cour de céans à la demande du TF, relative aux atteintes à la santé sur le plan gastro-entérologique et leur influence sur la capacité de travail a permis de constater que l'affection était bénigne et n'entraînait aucune incapacité de travail durable. L'assuré ne le conteste finalement pas, s'en rapportant à justice. 6. Force dès lors est de constater que la conclusion à laquelle est arrivée le TF dans son arrêt du 13 décembre 2011 et aux termes de laquelle la capacité de travail de l'assuré est entière, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique, compte tenu de quelques limitations fonctionnelles, au moment où la décision du 20 mai 2010 a été rendue, ne peut être que confirmée. 7. L'assuré allègue avoir rencontré de nombreux autres problèmes de santé (chute dans sa baignoire, problème d'épaule, péjoration dépressive ayant donné lieu à un tentamen médicamenteux le 17 janvier 2011), de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire se justifierait. Il a à cet égard produit les documents suivants : - résumé de séjour du 18 avril 2010 - courrier du Dr J_____ du 4 juin 2010 - arthro-IRM de l'épaule gauche du 12 août 2010 - CT de l'omoplate gauche du 19 août 2010 - courrier du Dr K_____ du 13 septembre 2010 - échographie et radiographie de l'épaule gauche du 3 décembre 2010 - courrier du Dr K_____ du 5 juillet 2012 - résumé d'intervention CTB du 30 septembre 2011 - plusieurs certificats d'incapacité de travail établis par le Dr A_____. a) Il résulte de ces différents documents que l'assuré a été victime d'un accident le 18 avril 2010, soit une chute dans sa baignoire, lors de laquelle il a subi une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle et antérograde. Selon le Dr J_____, neurologue, l'évolution est caractérisée par la persistance de céphalées avec phono-photophobie, nausées sans vomissement, ainsi que des troubles de la vue et des paresthésies du membre supérieur gauche en rapport avec une contusion de l'épaule. Le médecin précise toutefois que l'examen neurologique est dans les limites de la norme. Il a expliqué que la durée des symptômes après un traumatisme crânien est variable d'un patient à l'autre, indiquant que "je l'ai encouragé à poursuivre la prise d'antalgiques et à éviter les situations de concentration (lecture, télévision)" (cf. rapport du 18 avril 2010). Il y a lieu de constater, au vu de ce qui précède, qu'aucune atteinte à la santé durable ne peut en l'état être prise en considération.

A/2170/2010 - 9/10 - b) Il résulte du rapport établi par le Dr K_____ le 13 septembre 2010 et adressé au médecin traitant, que l'assuré présente des douleurs depuis cinq ans à l'épaule gauche, douleurs actuellement invalidantes, mais qui ont toutefois été grandement soulagées par l'infiltration sous-acromiale effectuée la veille par le Dr L_____. Le Dr K_____ a constaté qu' "il existe, d'une part, une lésion dyptique d'allure bénigne au niveau de l'épine de l'omoplate. On retrouve déjà cette lésion sur l'IRM de 2005. Il n'a pas eu d'augmentation de la taille de cette lésion en cinq ans. On retrouve une légère sensibilité à la palpation de cette zone. Je pense qu'elle explique les douleurs postérieures sous forme de piqûres. J'ai simplement prévu de la contrôler d'ici quatre mois. On note, par ailleurs, sur l'arthro-IRM récente, une fissuration du tendon sus-épineux. Cette lésion qui est minime ne mérite pour l'instant pas de geste. On note, par ailleurs, au CT, ainsi qu'au bilan radiologique standard de ce jour, des calcifications au niveau du tendon sus-épineux. Ces calcifications peuvent expliquer une bonne partie de la symptomatologie et particulièrement les douleurs antérieures irradiantes dans le bras". Force est de conclure qu'il n'y a pas véritablement de changement dans l'état de santé, s'agissant de sa problématique à l'épaule. c) S'agissant enfin de l'état de santé sur le plan psychique, il appert que l'assuré a bénéficié

d'une prise en charge multidisciplinaire auprès du CTB du 17 janvier au 13 avril 2011. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique a été retenu. Il y a à cet égard lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'espèce, la Cour de céans ne peut tenir compte de l'état de santé de l'assuré qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 20 mai 2010, étant précisé que l'assuré garde la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations AI en cas d'aggravation de son état de santé. 8. Le recours ne peut dès lors être que rejeté.

A/2170/2010 - 10/10 - 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.