

GE_GERICHTE ATAS/637/2012 vom 14. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_637_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/637/2012 du 14 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/637/2012 del 14 maggio 2012

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

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). En l'espèce, la décision litigieuse du 15 septembre 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le recours, interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question litigieuse porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 28 mai 2008, sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

E. 5

a) D'après l'art. 17 al. 1er 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte

que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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

A/3243/2011 - 13/19 - que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 6

a) 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

A/3243/2011 - 14/19 - 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). Les atteintes à la

santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). b) 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. 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

A/3243/2011 - 15/19 - 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). 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. Ainsi, en principe, 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). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit 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 319 consid. 5a).

E. 9

a) La décision de refus de prestations du 15 septembre 2011 est fondée sur l'expertise de la CRR du 20 avril 2011. Il en résulte les diagnostics suivants : un état dépressif de degré moyen en rémission partielle, une lombalgie chronique irradiant dans le membre inférieur gauche, des troubles vésico-sphinctériens postopératoires (hyperréflexie détrusorienne et hypo-éjaculation) et une arthroplastie L4-L5, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail. Il a également été retenu une discopathie dégénérative L5-S1, des « Cluster Headache » et un tabagisme.

A/3243/2011 - 16/19 - Ce rapport a été établi suite à des examens rhumatologique, psychiatrique et neurologique, une évaluation des capacités fonctionnelles, une évaluation en atelier professionnel ainsi que sur la base d'une anamnèse médicale, socioprofessionnelle et familiale, sur le dossier médical et radiologique du recourant et sur ses plaintes. Certes les diagnostics ont été posés et les raisons pour lesquelles les différentes limitations fonctionnelles ont été retenues sont compréhensibles, toutefois, le rapport demeure peu motivé et imprécis. En effet, en ce qui concerne le volet psychiatrique, outre le fait que l'appréciation des constatations est quasi-inexistante, l'expert psychiatre relève que l'évolution depuis 2009 a été partiellement favorable et en déduit que l'épisode dépressif de degré moyen était en rémission partielle. Une telle déduction n'est toutefois pas convaincante, l'expert devant bien plutôt expliquer quels sont les éléments objectifs lui permettant de retenir une telle rémission. Il sera précisé à cet égard qu'à aucun moment, le psychiatre traitant du recourant n'a constaté la rémission de l'état dépressif moyen. D'un point de vue rhumatologique, la discussion est également pauvre, les motifs permettant de retenir une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée n'étant notamment pas explicités. En outre, il existe une contradiction dans le fait que l'expert rhumatologue retient tout d'abord que les troubles vésico-sphinctériens sont effectivement nouveaux depuis la fixation de l'exigibilité par le SMR en 2007, mais conclut finalement que seule l'atteinte à la santé psychique est nouvelle depuis 2007. Par ailleurs, comme le soutient à juste titre le recourant, tant l'expert psychiatre que l'expert rhumatologue ont retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le mois de juin 2008, puis une amélioration de

l'état de santé dès le 1er février 2010, sans aucune motivation. Les explications que le médecin du SMR tente de trouver, dans son rapport du 15 janvier 2012, ne font que confirmer que les experts n'en ont pas donné. On peut également se poser la question, comme le recourant, de savoir à quel rapport préliminaire et entretien de synthèse l'expert psychiatre fait référence. Si on peut imaginer que le rapport préliminaire a été établi par le Dr V_____, suite à l'examen du 21 février 2011, ce médecin ne fait pas référence, dans son rapport final du 20 avril 2011, à l'entretien de synthèse. Enfin, au vu des constatations qui précèdent, on peut également regretter que les médecins de la CRR n'aient pas contacté les médecins ayant suivi le recourant avant de rendre leur rapport, ce qui aurait peut-être permis d'apporter un éclairage concernant notamment le moment de l'aggravation et/ou de l'amélioration de l'état de santé du recourant. Eu égard à ces éléments, on peut valablement douter de la valeur probante du rapport d'expertise de la CRR, de sorte qu'on ne peut pas déterminer, en l'état, l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 28 mai 2008, en se fondant sur ce rapport. b) Pour le surplus, les divers rapports des médecins du recourant ne sont pas suffisamment motivés pour permettre à la Cour de céans de statuer définitivement

A/3243/2011 - 17/19 - sur son état de santé somatique et psychique et sur son incidence sur sa capacité de travail depuis le mois de mai 2008. Partant, dans la mesure où la cause n'est pas en l'état d'être jugée, la Cour de céans estime qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique, étant précisé que selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). c) Ainsi, le soin de procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique est confié aux Drs LA_____, spécialiste en rhumatologie et LB_____ spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné le recourant par le passé et effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé. Eu égard notamment aux troubles urologiques et neurologiques du recourant, il sera précisé, à l'attention des experts, qu'il est laissé à leur appréciation si un examen urologique ou neurologique doit être conduit durant l'expertise ou si un entretien téléphonique avec les médecins du recourant et/ou la lecture de leurs rapports sont suffisants pour établir l'éventuelle incidence de ces troubles sur la capacité de travail.

A/3243/2011 - 18/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise rhumato-psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et pris tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. 2. Les invite à déterminer si un examen urologique ou neurologique doit être effectué et dans l'affirmative, à s'adjoindre le concours d'un spécialiste. 3. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : a. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? b. Quelles sont les plaintes de l'assuré ? c. Quelles sont vos

constatations objectives ? d. Quels diagnostics somatique(s) et psychiatrique(s) reprenez-vous ? Depuis quand ? e. En cas de troubles psychiatriques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? f. Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assuré, en particulier entre le mois de mai 2008 et le mois de septembre 2010 ? Y a-t-il eu une aggravation de mai 2008 à septembre 2010 ? g. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré, en pour-cent, dans sa profession habituelle de spécialiste administratif ? h. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les différents troubles constatés ? Les réponses aux questions suivantes devront être données après un consilium entre les experts : i. Quelle est votre position s'agissant des constatations et des conclusions des médecins de la CRR ?

A/3243/2011 - 19/19 - j. Dans quelle mesure et à quel taux l'assuré peut-il exercer son activité habituelle ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ? k. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assuré et à quel taux ? Dans ce cas, dans quel domaine et depuis quelle date ? Quelle a été l'évolution de la capacité de travail ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ? l. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par une adaptation du poste de travail ? Quelle en serait l'influence sur le taux de la capacité de travail ? m. Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables et utiles ? Avec quelles chances de succès selon vous ? n. Quel est votre pronostic ? o. Faire toute remarque ou suggestion utile. 4. Commet à ces fins les Drs LA_____ et LB_____ ; 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 6. Réserve le fond.

La greffière

Irène PONCET

La présidente

Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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