

GE_GERICHTE ATAS/645/2009 vom 27. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_645_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/645/2009 du 27 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/645/2009 del 27 maggio 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

A/1369/2008 - 12/19 - unique des contestations prévues à l'article 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 7 mars 2008, 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 à celle du 1er janvier 2008 relative aux 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

Compte tenu de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclus, le recours, interjeté dans la forme prescrite le 21 avril 2008 contre la décision datée du 7 mars 2008, est recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé l'octroi de la rente d'invalidité dès le 1er décembre 2006 et nié le droit à des mesures de reclassement.

E. 5

Selon la jurisprudence, 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. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de

A/1369/2008 - 13/19 - santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2).

E. 6

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). 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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 maladif, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

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 que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

E. 8

a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/1369/2008 - 14/19 - 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 352 ss consid. 3). b) 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant 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). Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, 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 consid. 4a).

E. 9

En l'espèce, l'intimé a retenu qu'en raison d'une atteinte au bras gauche et d'une hypoesthésie du nerf crânien, le recourant a une capacité de travail entière dans une

A/1369/2008 - 15/19 - activité adaptée dès le 29 août 2006. L'intimé justifie l'appréciation de la capacité de travail résiduelle par le fait qu'elle correspond à celle retenue par la SUVA. Il convient de rappeler que contrairement à l'assureur-accident, l'OCAI est tenu de prendre en considération toutes les atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail des assurés, l'inexistence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes étant sans pertinence dans le contexte du droit à une rente en matière d'assurance-invalidité, cette problématique relevant de l'assurance-accident. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait, sans autres, s'aligner sur l'évaluation faite par la SUVA. Qui plus est, le dossier médical sur lequel s'est fondé la SUVA pour apprécier la capacité de travail du

recourant a été jugé lacunaire par le Tribunal de céans (ATAS/345/2008 du 26 mars 2008, entré en force). En l'occurrence, si du point de vue des lésions subies au bras gauche, une reprise de travail était possible dès le 29 août 2006 dans une activité adaptée, autre est la question des diagnostics et de l'évolution de la capacité de travail du point de vue psychiatrique et neurologique. Sur le plan psychiatrique, le Tribunal de céans constate que de nombreux spécialistes ont été appelés à se prononcer sur le cas du recourant. Ainsi, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé une anxiété sévère et un trouble hypocondriaque. Selon lui, la capacité de travail est difficile à évaluer au cours d'un entretien, cependant, étant donné que la symptomatologie principale est dans le registre hypocondriaque, il ne s'agit pas d'un facteur suffisant pour prolonger l'arrêt de travail (rapports des 18 octobre 2006 et 14 mars 2007). Selon le psychiatre traitant, le Dr V_____, également spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le recourant souffre d'un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de l'accident, avec notamment des idées noires et des troubles du sommeil. Selon lui, l'activité habituelle n'est plus exigible, et dans une activité adaptée, il faut s'attendre à une baisse de rendement en raison des problèmes neurologiques (rapports des 19 octobre 2006, 26 janvier et 9 juillet 2007). Quant au Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, il est d'avis que le recourant présente un trouble de l'adaptation avec symptomatologie dépressive au premier plan, ce qui correspond à un état dépressif léger, sans répercussion sur la capacité de travail (rapport du 20 novembre 2006 rédigé par la Dresse T_____. Le Dr W_____ est également d'avis que les critères pour le trouble hypocondriaque ne sont pas réunis et qu'il s'agit plutôt d'une amplification des douleurs (rapport du 18 avril 2007 rédigé par la Dresse T_____). Enfin, le Dr B_____, médecin chef de clinique FMH et le Dr C_____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des HUG, n'ont constaté aucun trouble psychiatrique. Il n'y avait pas de raison de retenir un trouble hypocondriaque, ni un trouble dépressif, ni un trouble anxieux, ni un syndrome douloureux somatoforme. Le recourant présentait une anxiété modérée qui

A/1369/2008 - 16/19 - n'entravait pas son bon fonctionnement global ni ses capacités d'adaptation et d'intégration dans un milieu professionnel adapté aux limitations physiques. Les experts ne mettaient pas en évidence de troubles cognitifs et le recourant ne souffrait pas de trouble de l'attention, ni de la concentration. Enfin, le recourant n'était pas particulièrement démonstratif (rapport du 15 décembre 2007). Force est de constater que tant les diagnostics psychiatriques que l'évaluation de la capacité de travail sont totalement contradictoires. Le Dr W_____ conteste les diagnostics posés par le Dr U_____ et le Dr V_____ ; quant aux Drs B_____ et C_____, mandatés par l'intimé, ils écartent tous les diagnostics posés par leurs confrères. En outre, le Tribunal de céans relèvera que les experts n'ont pas mis en évidence de troubles cognitifs lors des examens effectués les 7 et 14 novembre 2007, alors que le Dr J_____ et Mme G_____ ont constaté, lors de l'examen du 13 novembre 2007, que le recourant présentait des difficultés mnésiques et exécutives ainsi qu'un ralentissement psychomoteur (rapport du 19 novembre 2007). Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier que le recourant souffrait, outre des douleurs au bras gauche, notamment de fortes céphalées et de troubles de la vision. On rappellera que le recourant a subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance lors de son accident de travail. Or, force est de constater qu'aucun rapport au dossier ne pose de diagnostic neurologique précis, ce que les Drs B_____ et C_____ n'ont d'ailleurs pas manqué de relever (rapport du 15 décembre 2007, p. 8). On notera en outre que le Dr P. S_____, qui n'a pas mis en

évidence de déficit neurologique significatif, a indiqué que les suites opératoires de l'intervention maxillo-faciale étaient bonnes, sans aucun déficit dans la motricité oculaire ou du champ visuel (rapport du 16 juin 2006). Or, les rapports au dossier font précisément état d'une limitation de l'acuité et du champ visuels (Dr N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, rapport du 2 janvier 2006 et le Dr R_____ du département de chirurgie maxillo-faciale des HUG, rapport du 7 juin 2006). On relèvera également qu'il ressort de l'expertise des Drs B_____ et C_____ que le recourant a effectué un examen neurologique auprès du Dr P.-A. D_____. Son rapport daté du 17 mai 2007 n'a cependant pas été versé au dossier. Enfin, quand bien même le Dr J_____ et Madame G_____ ont constaté, dans leur rapport du 19 novembre 2007, que le recourant souffrait de difficultés mnésiques (rendements modérément à sévèrement déficitaires) ainsi que de certaines difficultés exécutives, il n'existe aucune documentation médicale sur les éventuelles répercussions fonctionnelles de ces troubles. On relèvera d'ailleurs que dans son rapport final, le SMR n'a pas pris en compte les conclusions de ces spécialistes (rapport de la Dresse E_____ du 1er février 2008). Il s'ensuit que le dossier ne contient aucun élément utile à une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, étant précisé que le bref avis émis par le Dr I_____ le 11 novembre 2008 ne revêt par ailleurs pas la valeur probante requise par la jurisprudence. De l'avis de ce médecin, si la capacité de travail du A/1369/2008 - 17/19 - recourant est nulle depuis son accident vasculaire cérébral survenu le 12 mars 2008, tel n'était pas le cas précédemment. Il fait valoir que les difficultés mnésiques et exécutives constatées par rapport du 19 novembre 2007 sont présentes depuis longtemps et légères. Or, il ressort du rapport précité que les rendements au niveau mnésique sont modérément à sévèrement déficitaires et que les spécialistes n'ont pas été en mesure d'établir l'origine et la nature des difficultés en raison d'une imprécision des données anamnestiques. Enfin, le Dr I_____ indique que les plaintes du recourant n'ont pas porté sur des troubles de la mémoire et de la concentration. Or, il résulte des pièces au dossier que le recourant s'est plaint de tels troubles (rapports du Dr O_____ du 6 février 2006, du Dr P_____ du

E. 10

Le Tribunal de céans constate ainsi que la question des atteintes et de l'étendue de la capacité de travail du recourant n'apparaît pas suffisamment éclaircie. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, en requérant le rapport établi le 17 mai 2007 par le Dr D_____ et en mettant en œuvre, si cela est possible, une expertise neuropsychologique et psychiatrique, dans les meilleurs délais. Dans le cas contraire, l'intimé soumettra le dossier médical du recourant à des experts spécialisés en neuropsychologie et en psychiatrie, qui se prononceront sur l'ensemble des atteintes à la santé que présentait le recourant et détermineront quelles en étaient les répercussions sur sa capacité de travail. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 11

Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de 1'000 fr., conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI.

A/1369/2008 - 18/19 -

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