

GE_GERICHTE ATAS/652/2013 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_652_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/652/2013 du 27 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/652/2013 del 27 giugno 2013

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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). En l'espèce, la décision litigieuse du 25 janvier 2013 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), le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision), et le 1er janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). 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, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

A/677/2013 - 7/12 -

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI,

l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances, 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 275 consid. 4a; ATF 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

E. 6

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).

E. 7

Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

A/677/2013 - 8/12 - 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 360 consid. 5b). Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il

A/677/2013 - 9/12 - est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 94 consid. 4b; ATF 122 V 162 consid. 1d).

E. 9

a) En l'espèce, l'intimé, a considéré que la capacité de travail raisonnablement exigible était entière, dans toute activité. Pour arriver à cette conclusion, il s'est fondé sur l'avis du SMR, s'appuyant lui-même sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique établi auprès du CEMed en date du 25 juillet 2012 par les Drs E_____ et F_____. Le recourant, quant à lui, se prévaut de l'appréciation de sa capacité de travail par les Drs A_____ et I_____, et du côté lacunaire de l'expertise du CEMed en ce sens qu'elle ne tiendrait pas compte de sa véritable situation médicale et de la médication qui lui était administrée. Il convient donc de déterminer si l'expertise des médecins du CEMed doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si les arguments du recourant sont propres à mettre en doute les conclusions de ces derniers.

b) Le rapport d'expertise du CEMed a été établi sur la base du dossier du recourant, du

monitoring médicamenteux et des documents radiologiques, d'une anamnèse comprenant un volet familial, personnel, professionnel et médical, des plaintes du recourant et d'exams médicaux effectués les 4 et 5 juillet 2012. Les experts ont exposé de manière claire et non contradictoires leurs constatations objectives découlant des exams. Les diagnostics posés sont clairs. Les experts se sont prononcés de manière précise, non équivoque et motivée sur la capacité de travail du recourant. On comprend les raisons pour lesquelles ils estiment la capacité de travail du recourant entière. De plus, contrairement à ce qu'affirme le recourant, aucun élément au dossier n'est propre à remettre en cause les conclusions des experts. Certes, il est vrai que: - le Dr A _____ a fait état, le 8 août 2011, d'une dorsolombalgie persistante; il a toutefois simultanément attesté d'une reprise du travail à 100% dès le 28 juillet 2011; - le 31 octobre 2011, le Dr A _____ a réitéré le diagnostic de dorsolombalgies et a indiqué que la profession d'agent de sécurité était impossible car l'assuré avait des difficultés à la marche et car les stations debout

A/677/2013 - 10/12 - et assises étaient douloureuses et qu'il n'y avait pas d'évolution favorable depuis la chute; or, au-delà du fait que l'employeur du recourant a attesté que ce dernier ne devait que rarement marcher, dans le cadre de son activité, et n'était que parfois assis, l'appréciation du Dr A _____ n'est pas compatible avec son propre rapport du 8 août 2011 susmentionné, ce d'autant plus que le diagnostic est demeuré inchangé depuis cette date et qu'il n'invoque aucun élément qui aurait été ignoré par les experts ou qui rendrait vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, une aggravation de l'état de santé du recourant; - le rapport du 15 mars 2012 du Dr A _____ mentionne une incapacité totale de travailler, du fait des douleurs se manifestant debout, lors de la marche et de la flexion du rachis; les mêmes remarques que ci-dessus s'appliquent, étant souligné de surcroît que le médecin ne s'est absolument pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et s'est contenté d'indiquer qu'il fallait tester le recourant en vue d'une réorientation professionnelle; - le 29 mai 2012, la Dresse D _____ a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis juillet 2011; elle a renvoyé toutefois pour ce faire au certificat établi par le Dr A _____; son appréciation n'a donc aucune valeur pour le recourant; il est également vrai qu'elle a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation, une réaction mixte, anxieuse et dépressive, depuis mars 2012; or, cet élément a été pris en compte par les experts. Par ailleurs, le traitement antidépresseur a été prescrit par le Dr A _____, qui indiquait, également en mars 2012, que le suivi psychiatrique n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. Le rapport de la Dresse D _____ n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise; il en va de même s'agissant de l'indication, par la Dresse D _____, que la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance du recourant sont limitées à 50% en lien avec son état anxieux et dépressif actuel; en effet, dans le corps du rapport, elle a lié la baisse de rendement de 100% dans l'activité exercée, et la reprise du travail limitée à 50% exclusivement aux dorso-lombalgies; Il faut également relever que dans son rapport du 10 février 2012, le Dr B _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant; il fait néanmoins état du fait que ses capacités fonctionnelles étaient supérieures à celles employées quotidiennement dans le programme.

A/677/2013 - 11/12 - De plus: - dans son rapport du 19 mai 2012, la Dresse C _____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer concernant le recourant; - dans son rapport du 7 juin 2012, le Dr A _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant; Ces documents ne sont donc d'aucune utilité au recourant. Enfin, le recourant a fait référence,

dans son courrier du 22 février 2013 à l'appréciation de sa capacité de travail par son psychiatre, le Dr I_____. Or, aucun document n'appuie ses dires. De plus, et contrairement à ce qu'il a affirmé, l'expertise du CEMed a expressément détaillé la médication prescrite, ainsi que son absence de compliance au vu du monitoring médicamenteux. Le recourant ne peut donc tirer aucun argument de cet élément. Au vu de ce qui précède, la Cour attribue pleine valeur probante à l'expertise des Drs E_____ et F_____, les objections du recourant et les rapports de ses médecins traitants n'étant pas de nature à la remettre en cause. Sa capacité de travail étant entière, le recourant ne peut prétendre à des prestations de l'intimé.

E. 10

Mal fondé, le recours doit donc être rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe.

A/677/2013 - 12/12 - 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.