

GE_GERICHTE ATAS/66/2015 vom 2. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_66_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/66/2015 du 2 février 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/66/2015 del 2 febbraio 2015

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 - 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

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant a subi un changement important depuis qu'a été fixé le taux d'invalidité du recourant à 51 % par décision sur opposition de l'OAI du 29 septembre 2005, respectivement si un tel changement est survenu dans les conséquences de l'état de santé sur sa capacité de gain.

A/2345/2014 - 22/28 -

E. 3

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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).

E. 4

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 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; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

E. 5

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).

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). 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).

A/2345/2014 - 23/28 -

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 8

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 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).

E. 9

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 10

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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

E. 11

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 A/2345/2014 - 24/28 - 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 12

Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; arrêt 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise

A/2345/2014 - 25/28 - médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi l'arrêt 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). (8C_779/2012 arrêt du 25 juin 2013).

E. 13

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; ATF 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 14

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. 15

Dans le cas d'espèce, le recourant met en cause la valeur probante de l'expertise du Dr S_____ dans la mesure où ce médecin arrive à la conclusion qu'il n'y a eu aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 29 septembre 2005 ayant fixé le taux d'invalidité à 51%, alors même que dans l'intervalle, aux affections déjà existantes et reconnues en 2005 étaient venus s'ajouter les problèmes du genou gauche qui datent de février 2012. Il fait notamment valoir que le Dr Q_____ qui avait opéré le recourant en novembre 2012 pour rupture du ligament croisé du genou gauche, des suites de l'accident de février 2012 considère, en 2014, que le recourant, seize mois après la ligamentoplastie, et plus de deux ans après l'accident survenu en février 2012 ne peut pas

marcher en charge complète et qu'il n'y a aucune possibilité pour le recourant d'avoir une quelconque activité professionnelle. Il se réfère également à l'avis exprimé par le Dr D_____ lequel évoque les problèmes liés aux épaules du recourant, qui estime que la situation se dégrade progressivement par rapport au traumatisme initial remontant à seize ans, et qui estime souhaitable de réévaluer pour une expertise auprès de l'assurance-invalidité, la situation clinique du recourant. Après une anamnèse complète comprenant les antécédents familiaux, les antécédents personnels, la description des affections actuelles, du point de vue neurologique, et ostéoarticulaire, sur la base de tous les documents médicaux à disposition, de 1996 à fin septembre 2013, une anamnèse physique systématique, le recensement des capacités par rapport aux actes de la vie quotidienne, le A/2345/2014 - 26/28 - questionnement sur les habitudes de consommation de substances (tabac, alcool, médicaments), la situation socioprofessionnelle, la situation asséculoologique, les indications subjectives de l'assuré, les constatations objectives résultant de l'examen de l'expertisé, l'observation de l'assuré durant l'examen, la prise en compte des examens radiologiques complémentaires auxquels il a lui-même fait procéder, l'expert a également confronté les divers avis de tous les médecins traitants ayant suivi à un titre ou à un autre l'assuré depuis 1996 à 2013 (parmi lesquels les Drs Q_____ et D_____), expliquant notamment en quoi ses constatations s'écartaient de l'avis de la Dresse C_____ et se rapprochait de l'avis du Dr N_____, notamment, et répondant enfin de manière complète aux questions posées, comme détaillé ci-dessus (ch. 41 – En Fait). L'expert a également souligné que ses propres observations, en cours d'examen de l'assuré, sont corroborées par les illustrations vidéo et photographiques de la surveillance des activités professionnelles et du comportement de l'assuré dans la vie de tous les jours, démontrant un assuré qui se meut de manière fluide, qui est capable de porter des charges et d'effectuer des déplacements à vélo. Il relève que ses activités sont décrites par l'assuré lui-même et dénotent un certain potentiel de capacité de travail tel que décrit dans son appréciation du cas. Or, les Drs Q_____ et D_____, dans les attestations médicales qu'ils ont établies postérieurement à l'expertise ne remettent nullement en cause les conclusions du Dr S_____, et montrent au contraire que les affections dont souffre le recourant, ayant entraîné une certaine limitation fonctionnelle et des douleurs résiduelles se sont stabilisées au fil des années. L'état de certaines affections, notamment une tendinopathie de la coiffe, a même pu être partiellement améliorée par une infiltration réalisée fin 2013 (Dr D_____). Le Dr Q_____ ne justifie nullement l'affirmation selon laquelle en raison de ses problèmes de genou le recourant ne présente aucune possibilité d'avoir la moindre activité professionnelle. Cette affirmation est du reste contredite par les faits: que ce soit par les constatations de l'expert lors de l'examen de l'assuré, la description même que ce dernier donne de ses activités, les constatations du détective, lesquelles n'ont pas été sérieusement remises en cause par le recourant, corroborées encore par les observations du physiothérapeute du recourant, du cabinet Physio-Osteo-Vendée qui constatait, postérieurement au rapport d'expertise du Dr S_____, que l'assuré est une personne relativement active qui se déplace principalement à vélo.

E. 16

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr S_____, sur laquelle s'est fondé l'intimé pour arriver à la conclusion que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, depuis septembre 2005, est convaincante et répond en tous points aux exigences et critères posés par la jurisprudence pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport d'expertise

ordonnée par l'administration notamment. Ainsi, l'état de santé du recourant ne s'étant pas aggravé depuis la dernière décision fixant la rente, et en l'occurrence la demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 51 %, l'administration n'avait à juste titre pas à procéder à une nouvelle évaluation

A/2345/2014 - 27/28 - de l'invalidité. Dans cette logique d'ailleurs, les éléments recueillis ayant même laissé entrevoir une amélioration de la capacité travail du recourant, celle-ci n'a été évaluée ni par l'expert - dont la seule mission était d'examiner si l'état de santé s'était aggravé -, ni par l'intimé qui s'en est tenu au constat de la non-aggravation de l'état de santé, confirmant ainsi le maintien de la demi-rente octroyée sur opposition par décision du 29 septembre 2005.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2345/2014 - 28/28 - 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.