

GE_GERICHTE ATAS/680/2008 vom 5. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_680_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/680/2008 du 5 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/680/2008 del 5 giugno 2008

Erwägungen

E. 16

A la demande du greffe du Tribunal de céans, l'OCAI a communiqué copie de l'attestation de la Poste relative à la notification de la décision sur opposition.

E. 17

Dans sa réponse du 21 avril 2005, l'OCAI conclut préalablement au rejet de la demande de comparution personnelle et d'expertise. Sur le fond, il relève que l'expertise réalisée par le Dr E_____ remplit toutes les exigences requises pour se voir attribuer pleine valeur probante, que le certificat du médecin traitant produit en cours de procédure par le recourant n'apporte rien de nouveau et conclut au rejet du recours.

E. 18

Par réplique du 6 juin 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit notamment copie d'un rapport établi le 31 mai 2005 par la Dresse G_____ et le Dr F_____, aux termes duquel une prise en charge de type invalidité est nécessaire.

E. 19

Le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 19 octobre 2005. Le recourant a précisé qu'il s'était rendu à une séance d'information à Intégration pour tous et qu'il s'était rendu au Centre d'intégration professionnelle, qui n'ont pas pu entrer en matière compte tenu de son état de santé. L'OCAI a déclaré qu'il maintenait sa position, mais qu'il était ouvert à la mise en place d'une mesure de placement.

E. 20

Par ordonnance du 19 octobre 2005, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause d'accord entre les parties.

E. 21

Par courriers des 19 décembre 2005 et 29 janvier 2006, la mandataire du recourant a communiqué copies de ses rappels adressés à l'OCAI.

E. 22

Le 13 mars 2006, le recourant a sollicité la reprise de l'instruction, relevant qu'il n'a eu qu'un seul entretien à l'OCAI en novembre 2005. Il produit copies de rapports des HUG datés des 17 et 20 février 2006, relatifs à une crise cardiaque qu'il a présentée le 8 février 2006.

E. 23

Le 20 février 2006, le service de médecine interne générale des HUG a diagnostiqué principalement : NSTEMI sur maladie coronarienne d'un vaisseau (sténose 90 % de l'IVA). Il avait bénéficié d'une coronographie le 8 février 2006. L'évolution était favorable.

E. 24

Le Tribunal a repris l'instruction de la cause et invité l'OCAI à se déterminer.

E. 25

Dans ses écritures du 10 avril 2006, l'OCAI a expliqué que contrairement aux allégués du recourant, il avait donné suite à ce qui avait été convenu lors de l'audience de comparution personnelle en le convoquant, dès le lendemain, à un

A/34/2008 - 6/17 - entretien pour le 29 novembre 2005 auquel il devait apporter une liste de documents. Or, lors de l'entretien, non seulement le recourant n'avait pas apporté les documents, mais il avait d'emblée démontré son absence totale de motivation dans la recherche d'emploi. Il semblait par ailleurs qu'il était sous l'emprise de l'alcool. L'OCAI a joint copies de la note d'entretien du collaborateur "emploi" ainsi que de la note de travail rédigée par un cadre du service. Le mandat de placement a en conséquence été clôturé de façon provisoire, eu égard à la possibilité que l'assuré se manifeste avant six mois. Pour le surplus, l'OCAI relève que les certificats produits par la mandataire du recourant se rapportent à des faits postérieurs à sa décision et conclut au rejet du recours.

E. 26

Le recourant s'est déterminé par écritures du 4 mai 2006. Il conteste formellement avoir été sous l'emprise de l'alcool, alléguant qu'il ne boit quasiment jamais, et que s'il titubait, c'est en raison des vertiges dont il souffre. Il souligne la mauvaise foi de l'OCAI et persiste pour le surplus à demander la mise en œuvre d'une expertise.

E. 27

Par arrêt du 28 juin 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours A/589/2005 (ATAS/591/2006). Il a considéré que le rapport d'expertise du Dr E_____ avait pleine valeur probante et qu'il ne pouvait tenir compte de faits survenus postérieurement à la date de la décision litigieuse soit postérieurement au 1er février 2005. En conséquence, le recourant devait être considéré comme capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2002 et le degré d'invalidité était de 14,8 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il n'avait pas non plus droit à une aide au placement.

E. 28

Le 20 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de révision auprès de l'OCAI en alléguant qu'il avait subi une crise cardiaque le 8 février 2006 et un séjour de six semaines à Beau-Séjour pour réadaptation. Les diverses atteintes à sa santé avaient un effet conjugué qui entraînait un impact important sur sa capacité de travail. Il requérait une rente d'invalidité entière.

E. 29

Le 24 mai 2007, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 17 janvier 2001 et de l'aggravation de l'état de santé.

E. 30

Le 21 juin 2007, le service de cardiologie des HUG a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un NSTEMI le 8 février 2006, HTA avec cardiopathie hypertensive, dyspnée stade II, diabète II insulino-traité et hypercholestérolémie. L'incapacité de travail était totale du 8 février au 17 février 2006 et, pour le reste, il convenait de voir avec le

médecin traitant.

E. 31

Le 8 octobre 2007, le Dr H_____ du SMR a rendu un avis médical relevant que le Dr F_____ indiquait le 24 mai 2007 les diagnostics déjà connus et rajoutait une rétinopathie hypertensive et diabétique, récurrence d'hématurie sur lithiases rénales bilatérales et un infarctus myocardique de février 2006. Il note que

A/34/2008 - 7/17 - les fonctions pulmonaires n'ont pas été investiguées, malgré le conseil fait dans la lettre de sortie des HUG du 20 février 2006. Malgré cela, il n'y avait pas d'événement en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

E. 32

Par projet de décision du 15 octobre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de rente en relevant qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé depuis la décision initiale.

E. 33

Par décision du 20 novembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 15 octobre 2007.

E. 34

Le 22 novembre 2007, l'OCAI a reçu un courrier du 19 novembre 2007 de l'assuré contestant le projet de décision du 15 octobre 2007 en mentionnant que les Drs F_____ et G_____ avaient certifié que son état s'aggravait. Il ne pouvait plus du tout travailler dans une profession où la force et l'effort seraient nécessaires et demandait à être examiné au SMR ou auprès d'un COMAI.

E. 35

Le 7 janvier 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 20 novembre 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis janvier 2003 et, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il relève que le Dr E_____ n'avait décelé aucune pathologie cardiaque. Or, l'hypertension était aujourd'hui associée à une cardiopathie hypertensive ayant entraîné un infarctus en février 2006. Toutes ses affections agissaient de concert et avaient conduit à l'infarctus de myocarde. Les facteurs de risque de l'infarctus étaient déjà présents lors de la première décision de l'OCAI mais ne pouvaient être établis qu'actuellement. La situation devait ainsi être réexaminée depuis 2003. L'infarctus constituait aussi un fait nouveau, soit une aggravation de l'état de santé.

E. 36

Le 1er février 2008, la Dresse G_____ a attesté que ces dernières années l'état de santé de l'assuré s'était péjoré avec l'apparition de nouvelles pathologies, notamment un infarctus. L'assuré était totalement inapte à un quelconque travail.

E. 37

Le 5 février 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que le recourant avait subi une aggravation passagère et non pas objective et durable de son état de santé suite à l'infarctus de février 2006 et que sa capacité de travail demeurait entière dans une activité légère.

E. 38

Le 19 février 2008, le recourant a répliqué en faisant valoir que la Dresse G _____ attestait de son incapacité totale de travail. Les rapports des médecins traitants divergeaient sensiblement de l'avis de l'expert E _____, de telle sorte que celui-ci n'était pas probant. La mise ne œuvre d'une expertise médicale était nécessaire pour trancher le litige.

A/34/2008 - 8/17 -

E. 39

Le 21 avril 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties et d'enquête au cours de laquelle la Dresse G _____ a été entendue. Celle-ci a déclaré : "Je suis la médecin traitante de M. M _____ depuis le 17 avril 2003. M. M _____ souffre d'hyper-tension artérielle, de diabète II, de dyslipidémie, une pneumopathie chronique dans le cadre d'un tabagisme chronique entraînant une dyspnée à l'effort et une lithiase rénale. Ainsi qu'un status post-infarctus de myocarde. Pour moi M. M _____ est totalement incapable de travailler en raison de l'ensemble de ses pathologies. Il souffre de fatigue, d'asthénie importante, il est essoufflé avec des vertiges. Les traitements administrés sont lourds. Une activité adaptée a été tentée en 2005 par le biais d'un stage de réinsertion professionnelle mais les organismes concernés ont refusé de l'engager en raison de son état de santé. Selon moi son état s'aggrave depuis février 2006 date à laquelle il a été victime d'un infarctus. Vous me demandez quelles sont ses limitations fonctionnelles. Je remarque qu'il est très vite essoufflé dès qu'il marche, qu'il a peur de sortir en raison de ses vertiges, qu'il souffre d'hypoglycémie pouvant entraîner des malaises et qu'il a de la difficulté à se concentrer. Le patient n'a pas eu d'angine de poitrine ou des douleurs rétrosternales depuis son infarctus. Il y a cependant une fragilisation des coronaires. Le patient a des facteurs de risque cardio-vasculaires assez importants. Ni le diabète, ni l'hypertension, ni la dyslipidémie ne sont bien contrôlés ce qui entraîne une modification des symptômes soit de l'hypoglycémie à un état d'hyperglycémie ainsi que des variations de tension. Je trouve le patient de plus en plus fatigué. La dyspnée s'est également aggravée petit-à-petit. Je ne suis pas totalement d'accord avec l'expertise du Dr E _____ de juin 2004 dans le sens que ce médecin n'a pas tenu compte de l'ensemble des pathologies présentes. Pour bien évaluer l'état de M. M _____ il faut faire un suivi régulier tel qu'un médecin-traitant le fait et non pas un examen ponctuel. Je suis d'accord avec les diagnostics posés par le Dr E _____ mais pas avec ses conclusions. Je signale que l'expertise date de 2004 et que l'infarctus est de 2006 c'est-à-dire que l'état du patient s'est bien aggravé depuis l'évaluation du Dr E _____. Je précise que chaque pathologie séparée n'entraîne pas en elle-même une incapacité de travail mais qu'il faut analyser le patient dans son contexte. Je ne prends pas la responsabilité de remettre le patient au travail. Le patient est suivi à la permanence depuis 2001 et je l'ai moi-même pris en charge depuis 2003. Je relève que je n'ai jamais eu durant toutes ces années de traitement de suspicion d'alcoolisme de la part de mon patient". Le recourant a déclaré :

A/34/2008 - 9/17 - "Je me sens très fatigué. La journée je me promène un peu et c'est ma femme qui me fait à manger. Je n'ai aucune autre activité. Je me sens plus fatigué depuis que j'ai eu mon infarctus, j'ai également des vertiges".

E. 40

Le 24 avril 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr I _____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, et leur a

imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

E. 41

Le 5 mai 2008, le recourant a estimé qu'un spécialiste en médecine interne aurait été mieux à même d'effectuer l'expertise.

E. 42

Le 6 mai 2008, l'intimé a estimé qu'il serait plus judicieux de confier l'expertise à un pneumologue, un cardiologue ou un médecin interniste susceptible de faire la synthèse des pathologies du recourant.

E. 43

Le 21 mai 2008, le Tribunal de céans a proposé de confier l'expertise au Dr J. _____, FMH cardiologie à Nyon.

E. 44

Par courrier du 28 mai 2008, l'OCAI a déclaré qu'il n'avait aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.

E. 45

Par courrier du 3 juin 2008, le recourant a déclaré qu'il n'avait pas de remarques sur le choix de l'expert. EN DROIT 1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/34/2008 - 10/17 - En l'espèce, la demande de révision a été déposée le 20 septembre 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en

date du 15 octobre 2007, qui a été confirmé par la décision du 20 novembre 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 7 janvier 2008. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGGA). 4. L'objet du litige porte sur la demande de révision en particulier sur la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 1er février 2005, date de la décision sur opposition de l'intimé refusant tout droit à une rente, confirmé par arrêt du Tribunal de céans du 28 juin 2006. 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

A/34/2008 - 11/17 - Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). 7. Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la

décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

A/34/2008 - 12/17 - C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3). 8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue

A/34/2008 - 13/17 - jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son

invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 9. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 LPG), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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

A/34/2008 - 14/17 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps 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).

d) 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/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) 10. En l'espèce, la Dresse K_____ a certifié lors de son audition par le Tribunal de céans que l'état de santé de son patient s'était péjoré, que celui-ci souffrait actuellement d'asthénie importante, de dyspnée, de vertiges, de malaises et de difficultés à se concentrer de telle sorte qu'il était totalement incapable de travailler. 11. Au vu de ce témoignage, il convient de compléter l'instruction par le biais d'une expertise médicale, laquelle sera confiée au Dr J_____, à Nyon. En effet,

A/34/2008 - 15/17 - compte tenu des observations des parties et bien que le Dr I_____ possède également une spécialisation FMH en médecine interne, le Tribunal de céans a estimé qu'il était préférable de confier l'expertise à un médecin spécialiste en cardiologie.

A/34/2008 - 16/17 -

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