

GE_GERICHTE ATAS/683/2012 vom 22. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_683_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/683/2012 du 22 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/683/2012 del 22 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

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.

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, qui sont applicables au cas d'espèce, la demande de prestation datant du 15 avril 2008.

E. 4

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.

E. 5

Est litigieuse l'amélioration de l'état de santé de l'assuré du 1er janvier 2009 au 31 janvier 2010, ayant motivé la réduction de la rente entière accordée dès le 1er décembre 2008 à un quart de rente du 1er mars 2009 au 31 mars 2010.

E. 6

a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré

A/3849/2011 - 12/18 - d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2). b) 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). c) 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. 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). 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

A/3849/2011 - 13/18 - disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

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 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).

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

A/3849/2011 - 14/18 - 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 9

En l'espèce, l'expertise du Dr E_____ n'est pas probante et ne permet pas de déterminer la capacité de travail de l'assuré. Elle ne tient pas compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au-delà de mi-février 2009. Tout en retenant un diabète décompensé en décembre 2008, des gonalgies qui entraînent un handicap difficile à estimer dans une

activité adaptée, mais en postulant - sans le vérifier - que les douleurs thoraciques sont supposées s'améliorer, l'expert retient que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2009 dans une activité adaptée, cela après avoir hésité à la fixer à mai 2009 pour tenir compte du diabète puis, sur demande expresse du SMR, acceptant de revenir sur son appréciation initiale afin de la fixer à mars 2008. Cette conclusion n'est donc pas convaincante car elle n'est pas motivée et on ne comprend pas son fondement. De surcroît, le Dr E _____ n'est pas un spécialiste en cardiologie. Par contre, l'expertise de la Dresse I _____, complétée à la demande de la Cour, a pleine valeur probante. Elle émane d'une spécialiste en cardiologie, elle tient compte des plaintes du patient et elle est fondée sur un examen complet, y compris une échographie cardiaque, un électrocardiogramme et un test d'effort. L'appréciation du cas est nuancée, l'expert retenant une cardiopathie ischémique et vraisemblablement hypertensive sévère, avec des critères de mauvais pronostics, en raison du diabète et de l'obésité, ainsi que des deux interventions successives. La composante ischémique n'est pas exclue, malgré l'avis de la Dresse F _____, car seule une scintigraphie pourrait la confirmer ou l'infirmier. S'agissant de l'étiologie des douleurs thoraciques, présentes depuis la première intervention de janvier 2008, elles peuvent être attribuées à l'instabilité sternale

A/3849/2011 - 15/18 - objectivée, qui cause notoirement d'intenses douleurs et/ou à une cause ischémique. Compte tenu de l'objectivation de probables séquelles d'un infarctus antérieur à 2008, des deux interventions successives, de la sévérité de la cardiopathie, de la constellation à haut risque, l'expert retient qu'il n'y a en tout cas pas eu d'amélioration de janvier 2009 à janvier 2010, mais au mieux une possible stabilisation momentanée, qui n'enlève rien à la sévérité de l'atteinte, avec un risque important et imprévisible d'aggravation. L'experte relève encore qu'il est invraisemblable d'imaginer que ce patient soit considéré comme capable d'exercer une activité adaptée, dès janvier 2009, suite à une décompensation diabétique en décembre 2008, rappelant que ce patient est sévèrement touché dans son état de santé sur le plan cardiaque, vasculaire et métabolique dès le diagnostic de la coronaropathie sévère. Ainsi, l'expert retient que l'assuré est totalement incapable de travailler, dans toute activité, dès janvier 2008 en tout cas, sans amélioration notable depuis lors. A cet égard, le dernier avis du SMR du 2 avril 2012 n'est pas convaincant. En premier lieu, l'assuré n'a pas pratiqué de tourisme médical. Lorsque le Dr B _____, cardiologue, a pris sa retraite en octobre 2008, le Dr C _____ a repris le suivi jusqu'en juin 2010, suivi de la Dresse F _____. Au demeurant, s'agissant d'une pathologie somatique et non pas psychiatrique, un changement de spécialiste n'est pas déterminant. En second lieu, les avis de la Dresse I _____, experte, ainsi que des deux cardiologues successifs de l'assuré, les Drs C _____ et F _____ ne sont pas contradictoires. La période litigieuse va de janvier 2009 à janvier 2010 et l'assuré était alors suivi par le Dr C _____. Pour mémoire, l'assuré a subi un double pontage aortocoronarien en janvier 2008, suite auquel des douleurs thoraciques sont apparues, sans rémission. Il a subi en mars 2008 une angioplastie fémorale et un diabète décompensé est apparu en décembre 2008. Ensuite, l'aggravation de la maladie coronarienne a nécessité la pause d'un stent en mars 2010. Le Dr C _____ retient ainsi plutôt une aggravation de l'état de santé à partir de décembre 2008-janvier 2009 et conclut, tout comme la Dresse I _____, à une totale incapacité de travail dans toute activité sans amélioration. Le fait que les douleurs thoraciques retrosternales constantes soient dues à une mauvaise soudure au niveau de l'os sternal, comme complication suite à la première opération de janvier 2008 et/ou, ultérieurement liée à

l'aggravation de la maladie coronarienne n'est pas, en tant que tel, déterminant, car ces importantes douleurs sont objectivées et sans rémission depuis janvier 2008. Pour le surplus, le fait qu'un pontage aortocoronarien implique, habituellement, une guérison ou une amélioration de l'état de santé n'empêche pas que, dans le cas d'espèce, tant le Dr C_____ que la Dresse I_____ retiennent une aggravation progressive de l'état coronarien, ayant vraisemblablement commencé peu de temps après l'opération de janvier 2008, sans que la Dresse F_____ soit d'un avis contraire. En effet, celle-ci a repris le suivi cardiologique de l'assuré en juin 2010 et atteste, depuis lors,

A/3849/2011 - 16/18 - d'une stabilité de l'état de santé, sans jamais se prononcer sur le taux de capacité résiduelle de l'assuré, se contentant d'indiquer des restrictions d'effort physique avec les bras et le thorax, l'exigence d'un travail sédentaire, sans poids à soulever. La seule divergence entre l'avis de la Dresse F_____ et celui de la Dresse I_____ concerne l'éventualité d'une ischémie, ce qui n'est pas, de l'avis de la Dresse I_____, déterminant, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique précisément décrit et, surtout, de l'évolution défavorable de l'assuré suite à la première intervention de janvier 2008. La Cour estime donc qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, car il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité, en raison de la gravité de la pathologie cardiaque, sans amélioration notable depuis décembre 2007. Même en admettant que l'état de santé de l'assuré se soit légèrement amélioré, cette amélioration n'aura été que provisoire et de courte durée. La première période irait de juin à novembre 2008, de sorte que l'OAI a renoncé à juste titre à en tenir compte, la période déterminante de travail étant limitée à trois mois (de septembre 2008, trois mois après l'amélioration, à novembre 2008). Après stabilisation du diabète, la seconde période commencerait entre mars et mai 2009 sans durer, car il n'est pas vraisemblable qu'un assuré, dont l'aggravation de la pathologie coronarienne exige la pose d'un stent, dispose d'une capacité de travail durant les mois précédents l'intervention, comme le relève l'experte. Ainsi, dans cette hypothèse, l'examen de la capacité de travail concrète de l'assuré, trois mois après le début de l'amélioration, aurait dû conduire l'OAI à considérer qu'aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à engager, en 2009, un assuré de 58 ans, sans formation, ayant toujours travaillé en qualité de chauffeur routier, atteint d'une grave pathologie cardiaque, aggravée d'un diabète, d'obésité, d'hypertension et d'une gonarthrose bilatérale sévère, de sorte qu'il n'est pas réaliste de penser qu'il serait en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, pour quelques semaines de surcroît. C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu, par décision du 13 octobre 2011, que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré, lui permettant d'exercer une activité lucrative à temps complet entre janvier 2009 et janvier 2010 et limité, du 1er mars 2009 au 30 mars 2010 la rente à un quart de rente.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 13 octobre 2011 seront annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr., compte tenu des frais de la procédure, soit

A/3849/2011 - 17/18 - les factures de la Dresse F_____ (20 fr.), du Dr C_____ (90 fr.) et de la Dresse I_____, expert (610 fr.), suite à

l'instruction complémentaire menée par la Cour.

A/3849/2011 - 18/18 - 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.