

GE_GERICHTE ATAS/829/2009 vom 15. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_829_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/829/2009 du 15 juin 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/829/2009 del 15 giugno 2009

Erwägungen

E. 16

Dans sa réponse du 21 avril 2005, l'OCAI a conclu préalablement au rejet de la demande de comparution personnelle et d'expertise. Sur le fond, il a relevé que l'expertise réalisée par le Dr E _____ remplissait 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'apportait rien de nouveau et conclu au rejet du recours.

E. 17

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 H _____ et le Dr G _____, aux termes duquel une prise en charge de type invalidité était nécessaire.

E. 18

Le Tribunal de céans 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'avaient 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. 19

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

E. 20

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

E. 21

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. 22

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

E. 23

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 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

A/34/2008 - 6/16 - 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 manifestât avant six mois. Pour le surplus, l'OCAI a relevé que les certificats produits par la mandataire du recourant se rapportaient à des faits postérieurs à sa décision et conclu au rejet du recours.

E. 24

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

E. 25

Par arrêt du 28 juin 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours (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; le degré d'invalidité de 14,8 % était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Il n'avait pas non plus droit à une aide au placement.

E. 26

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 entière d'invalidité.

E. 27

Dans un rapport du 24 mai 2007, le Dr G._____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 17 janvier 2001 et de l'aggravation de l'état de santé.

E. 28

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

E. 29

Dans un rapport du 8 octobre 2007 sans examen clinique, le Dr I._____ du SMR a relevé que le Dr G._____ indiquait le 24 mai 2007 des diagnostics déjà connus et rajoutait une rétinopathie hypertensive et diabétique, une récurrence d'hématurie sur lithiases

rénales bilatérales et un infarctus myocardique de février 2006. Il a noté que les fonctions pulmonaires n'avaient 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.

A/34/2008 - 7/16 -

E. 30

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. 31

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

E. 32

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 et sollicitant à être examiné au SMR ou auprès d'un COMAI.

E. 33

Par courrier du 7 janvier 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 20 novembre 2007 auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis janvier 2003 et, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a relevé 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 du myocarde. La situation devait ainsi être réexaminée depuis 2003. L'infarctus constituait aussi un fait nouveau, soit une aggravation de l'état de santé.

E. 34

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

E. 35

Par courrier du 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. 36

Par courrier du 19 février 2008, le recourant a répliqué en faisant valoir que la Dresse H _____ 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 en œuvre d'une expertise médicale était nécessaire pour trancher le litige.

E. 37

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 H_____ a été entendue à titre de témoin. Celle-ci a déclaré : "Je suis la médecin traitante de l'assuré depuis le 17 avril 2003. Celui-ci souffre d'hypertension artérielle, de diabète II, de dyslipidémie, d'une pneumopathie

A/34/2008 - 8/16 - chronique dans le cadre d'un tabagisme chronique entraînant une dyspnée à l'effort et d'une lithiase rénale, ainsi qu'un status post-infarctus de myocarde. Pour moi l'assuré 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 l'assuré 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 : "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. 38

Par courrier du 24 avril 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr J_____, spécialiste en 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. 39

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

A/34/2008 - 9/16 -

E. 40

Par courrier du 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. 41

Par courrier du 21 mai 2008, le Tribunal de céans a proposé de confier l'expertise au Dr K_____, cardiologue. Les parties n'ont pas élevé de remarques quant au choix de l'expert.

E. 42

L'expert K_____ a rendu son rapport le 22 décembre 2008. Il a reçu l'assuré le 21 juillet 2008, a procédé à une anamnèse du cas, à un statut détaillé du cas, et répondu précisément aux questions posées par le Tribunal de céans. Il a en outre tenu compte des plaintes de l'expertisé. Il a diagnostiqué (diagnostics avec répercussion sur le travail) un syndrome pulmonaire obstructif modéré. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : une hématurie sur lithiase rénale bilatérale, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle, une sténose modérée de l'artère carotide interne gauche, un infarctus NSTEMI avec angioplastie de l'IVA en 2006 et une cardiopathie hypertensive. L'infarctus subi en 2006 avait occasionné des dégâts minimes dont on ne retrouvait même pas de traces sur l'échocardiographie effectuée le jour même. Enfin, l'assuré présentait une atteinte pulmonaire pour laquelle il disait être limité au moindre effort. L'expert a déclaré avoir pris l'avis de la Dresse L_____ qui avait rendu un rapport, annexé à la présente expertise. Elle avait conclu que, sur le plan de la capacité physique, le syndrome pulmonaire obstructif était relativement léger, sans répercussion sur la gazométrie et avec une faible répercussion sur le test de marche, puisque la saturation n'était pas inférieure à 93 %. Ainsi, selon elle, une activité physique était possible malgré l'emphysème pulmonaire à condition que le patient prenne son traitement inhalé, qu'il évite tous les toxiques respiratoires, l'exposition au froid et l'activité physique intense. Il n'y avait pas d'invalidité pulmonaire à proprement parler mais une diminution de la capacité à l'effort. Répondant aux questions du Tribunal de céans, l'expert a précisé que l'aggravation de l'état de santé pour raison d'infarctus n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle supplémentaire due à l'infarctus du myocarde qui n'avait pas d'impact sur la capacité de travail du patient. L'expertisé présentait cependant des limitations fonctionnelles d'origine pulmonaire. Il présentait en effet un essoufflement à l'effort limitant. L'assuré présentait en outre plusieurs comorbidités dont aucune n'était une contre-indication à une activité professionnelle. En revanche, il existait clairement une limitation fonctionnelle liée aux problèmes pulmonaires, démontrée lors de différentes consultations pneumologiques. Cette limitation fonctionnelle rendait impossible l'activité professionnelle précédemment occupée par le patient mais une activité professionnelle sédentaire pouvait être effectuée à plein temps. L'expert doutait, au vu de toutes les comorbidités actuelles, que l'assuré reprenne une fois une activité professionnelle. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable.

A/34/2008 - 10/16 -

E. 43

Dans ses observations du 13 mars 2009, le recourant a relevé que l'expertise ne comprenait que trois pages. L'expert ne relevait pas à combien de reprises le recourant avait été

examiné ni quelle avait été la durée des entrevues. Il ne précisait pas si un interprète était présent, afin que l'assuré comprenne bien les questions qui lui étaient posées. L'anamnèse du cas n'était pas particulièrement détaillée. Les plaintes du recourant étaient résumées en une seule phrase et l'appréciation de l'expert était complètement focalisée sur sa spécialité, la cardiologie, alors que l'expertise était censée examiner l'interaction des différents atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert n'avait pas évalué l'aggravation de l'état de santé du recourant pour ce qui concernait les atteintes somatiques autres que celles relatives au cœur, il n'avait pas tenu compte des comorbidités et des interactions des différentes pathologies par rapport à une activité professionnelle. Dès lors, l'expertise n'avait pas valeur probante et comportait notamment une contradiction car l'expert estimait à la fois qu'une activité professionnelle sédentaire pouvait être réalisée à plein temps mais que l'assuré ne reprendrait pas une activité professionnelle au vu de toutes les comorbidités. Ainsi, le recourant a conclu qu'il présentait une incapacité totale de travail et avait droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 44

Dans ses observations du 1er avril 2009, l'OCAI s'est référé à un avis du SMR 18 mars 2009 selon lequel l'expert avait tenu compte de l'ensemble des pathologies. Cet expert avait retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 17 novembre 2001 et une pleine activité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis novembre 2002. Dès lors, l'OCAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

E. 45

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) 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. 1. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 2. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006

A/34/2008 - 11/16 - (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), ne sont pas applicables au cas d'espèce. 3. Il convient en l'occurrence de déterminer si l'état de santé du recourant a connu une aggravation notable ayant une répercussion sur sa capacité de travail depuis la date de la décision initiale de l'OCAI, soit depuis le 1er février 2005, soit quel est son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) Selon l'art. 17 LPGA, 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. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) 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). 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

A/34/2008 - 12/16 - économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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/34/2008 - 13/16 - 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995,

p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/34/2008 - 14/16 - 4. En l'occurrence, par arrêt du 28 juin 2006, le Tribunal de céans a considéré que le rapport d'expertise du Dr E_____ avait pleine valeur probante et que le recourant devait être considéré comme capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2002. Le degré d'invalidité de 14,8 %, issu de la comparaison des revenus avant et après invalidité, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Or, dans ce rapport d'expertise, le Dr E_____ s'est prononcé sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, à l'exception de la pathologie cardiaque, survenue ultérieurement. Il ne pourra dès lors pas être revenu sur ce rapport d'expertise et les considérations de la médecin traitant de l'assuré en audience de comparution personnelle en avril 2008 ne sont, à cet égard, d'aucune utilité au recourant. En effet, il a été tenu pour établi que l'expert avait tenu compte de l'ensemble des pathologies et de leurs interactions sur l'état de santé de l'assuré. En date du 20 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de révision auprès de l'OCAI, alléguant qu'il avait subi une crise cardiaque le 8 février 2006. Selon le service de cardiologie des HUG, l'incapacité de travail avait été totale du 8 au 17 février 2006 et, pour le reste, il convenait de voir avec le médecin traitant. Cependant, en raison de cette nouvelle pathologie, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr K_____ dont la tâche était de déterminer si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis le 1er février 2005, date de la première décision de l'OCAI et si oui de quelle manière. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise judiciaire effectuée par le Dr K_____. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il apparaît que cette expertise a pleine valeur probante. En effet, l'expert a procédé à une anamnèse du cas, a posé des diagnostics clairs et a procédé à une discussion. Il a fait état des plaintes du patient et a répondu clairement aux questions qui lui étaient posées. Le seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et entraînant des limitations fonctionnelles est celui de syndrome pulmonaire obstructif modéré, qui a déjà été pris en compte par l'expert E_____. L'infarctus NSTEMI et la cardiopathie hypertensive n'entraînent aucune incapacité de travail. En effet, le Dr K_____ affirme que l'infarctus du myocarde n'entraîne aucune limitation fonctionnelle supplémentaire et n'a pas d'impact sur la capacité de travail de l'assuré. Il précise que l'échocardiographie de contrôle du jour même montre d'ailleurs une bonne fonction ventriculaire gauche sans séquelle visible de l'infarctus. Enfin, le Tribunal de céans relève que l'expert K_____ ne se contredit nullement en affirmant que la limitation fonctionnelle due au problème pulmonaire rend impossible l'activité professionnelle précédemment occupée par l'expertisé, mais qu'une activité professionnelle sédentaire peut être réalisée à plein temps, même s'il doute au vu de toutes les comorbidités que le patient reprenne une fois une activité professionnelle. En effet, il s'agit-là d'un avis subjectif prenant en compte l'attitude

A/34/2008 - 15/16 - du recourant vis-à-vis de sa capacité de travail et non pas son aptitude objective à exercer une activité professionnelle. Au vu de ce qui précède, il sera reconnu que l'expertise du Dr K_____ a pleine valeur probante, et ses conclusions, claires, seront suivies. Partant, il est constaté que le recourant ne présente pas une aggravation de son état de santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail et qu'il ne peut donc être procédé à une révision. Dès lors, son recours sera rejeté. 5. Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision de l'OCAI confirmée. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens.

A/34/2008 - 16/16 -

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