

GE_GERICHTE ATAS/941/2011 vom 11. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_941_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/941/2011 du 11 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/941/2011 del 11 ottobre 2011

Erwägungen

E. 31

Invité à consulter les pièces et à se déterminer d'ici le 9 septembre 2011, l'assuré n'a pas réagi.

E. 32

La cause a alors été gardée à juger EN DROIT 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

A/1678/2011 - 10/15 - 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. 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 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 4. Le litige porte sur l'évolution de l'état de santé, de la capacité de travail, et partant, du taux d'invalidité de l'assuré entre la décision du 4 mai 2007 et celle du 3 mai 2011. 5. a) 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 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un

diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un

A/1678/2011 - 11/15 - instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). 6. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. c) Selon l'art. 17 al. 1er 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. 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). Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 7. a) 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

A/1678/2011 - 12/15 - est 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). b) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un

médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (ATF non publié 9C_ 578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 8. Dans le cas d'espèce, l'OAI a admis en 2007 comme en 2011 que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité de parqueteur depuis le 17 juin 2001. Il a déterminé en 2006 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de l'assuré pour fixer le taux d'invalidité à 52 % et octroyer une demi-rente dès le 1er juillet 2002, par décision du 4 mai 2007. Pour ce faire, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 18 janvier 2005, qui tient compte des problèmes de genoux, la question de l'alcool n'étant pas du ressort de l'AI selon le rapport final de réadaptation professionnelle du 31 octobre 2006. Ainsi, la capacité de travail résiduelle de l'assuré a été déterminée en tenant uniquement compte des troubles somatiques (gonarthroses). A défaut de stage d'orientation suivi, le SMR n'a pas défini les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les médecins traitants de l'assuré estimaient à l'époque de l'octroi initial qu'une activité sans position accroupie ou à genoux était adaptée. Il ne fait pas de doute que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis lors. L'augmentation importante des gonarthroses est objectivée par les constatations de la Dresse D_____ et les radiographies, qui montrent une usure totale du cartilage et une arthrose, cette aggravation s'inscrivant dans le cadre d'une importante prise de poids. Selon ce spécialiste, l'atteinte est incompatible avec le métier de parqueteur, ce que personne ne conteste, mais aussi avec toute activité impliquant une sollicitation même modérée du genou. Elle ne fixe cependant pas, en pourcentage, cette capacité de travail dans une activité adaptée. De plus, l'assuré

A/1678/2011 - 13/15 - souffre d'apnées du sommeil, qui impliquent une somnolence diurne et des troubles de la vigilance, sans conséquence sur l'activité de parqueteur selon le Dr V_____, mais qui sont peut-être incompatibles avec l'activité dans l'industrie et le travail à la chaîne envisagés par l'OAI lors de la décision initiale, en raison du danger d'un travail sur des machines. A ce sujet, les explications complémentaires du Dr V_____ concernant l'absence de lien entre la mauvaise compliance du patient à l'utilisation de son C-PAP et les limitations dues à l'apnée sont convaincantes. A cela s'ajoutent les conséquences "en boucle" de l'état de santé de l'assuré, qui souffre de dépression, laquelle induit des rechutes dans sa consommation d'alcool, qui favorise une prise de poids, laquelle augmente les douleurs somatiques, dont l'assuré souffre plus lorsqu'il est abstinent, tout en restant déprimé malgré l'abstinence selon ses médecins. Or, l'avis du SMR n'est pas probant. Il se fonde exclusivement sur le dossier médical, sans examen du patient, mais en tenant compte d'éléments de fait erronés (absence de traitement antidépresseur, alors que le Dr S_____ traite l'assuré avec du Trittico depuis mai 2009), en se fondant sur une prémisse inexacte (la prise en compte de l'alcoolisme dans le taux d'invalidité initial), en affirmant que l'alcoolisme est primaire sur la seule base de périodes d'abstinence, ce qui est certes un élément décisif, mais dont on ne connaît pas le détail, et sans expliquer les motifs qui lui permettent de s'écarter de l'avis d'autres médecins selon lesquels la toxicomanie serait secondaire. Il n'indique pas pourquoi l'alcoolisme ne peut pas être la conséquence des maladies somatiques et psychiques admises. Il ne tient pas compte des conséquences de l'apnée du sommeil, dont l'effet sur la capacité de travail est pourtant admis pour d'autres métiers que celui de parqueteur. De même, la décision de l'OAI, fondée sur cet avis médical

incomplet, n'indique pas quelle activité serait adaptée, compte tenu de l'intensification des limitations fonctionnelles et de l'apnée, se contentant de reprendre l'avis du SMR selon lequel "l'alcoolisme n'a pas de conséquence invalidante au-delà de 50% ". L'instruction ne permet pas de savoir si l'assuré a effectivement travaillé de 2008 à 2009, et à quel taux, ni s'il y a eu d'autres périodes d'abstinence que celle d'avril à octobre 2006, ni quelle est la sévérité de l'état dépressif. Il convient donc de procéder à examen sérieux de la situation médicale, par une expertise bi-disciplinaire somatique et psychiatrique, incluant la justification de la prise en compte ou pas, du point de vue de l'assurance-invalidité, de la toxicomanie primaire ou secondaire et, partant, de ses conséquences en terme d'obésité, puis de déterminer l'ensemble des limitations, les activités qui y sont adaptées, et à quel taux, pour finalement fixer le taux d'invalidité, en tenant compte de l'âge de l'assuré 50 ans), de l'importance des limitations et de la durée de l'activité dans le même domaine, notamment. Cette instruction complémentaire doit être effectuée par l'OAI et non par la Cour dès lors qu'il ne s'agit pas seulement d'ordonner une expertise médicale mais de

A/1678/2011 - 14/15 - faire déterminer également par le service de réadaptation de l'OAI les activités adaptées, cas échéant de mettre sur pied un stage d'observation et d'orientation si la situation au niveau de l'alcoolisme le permet. 9. Le recours est ainsi partiellement admis, la décision du 3 mai 2011 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour une instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr., compte tenu du peu d'importance des écritures déposées en en l'absence d'audience ou d'autres actes complémentaires. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1678/2011 - 15/15 - 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.