

# **GE\_GERICHTE ATAS/944/2011 vom 6. Oktober 2011**

GE Cour de justice, 2011-10-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_944\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_944_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/944/2011 du 6 octobre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/944/2011 del 6 ottobre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit

A/1754/2010 - 12/20 - 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

### **E. 3**

La décision litigieuse du 14 avril 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et 5ème révision, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Cependant, les faits pertinents remontent à 2006, de sorte que d'un point de vue matériel le droit à une rente invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision et, dès le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **E. 4**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par les art. 60 et 61 let. b LPGA, le recours est recevable.

## **E. 5**

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au point d'influencer son droit aux prestations et, dans l'affirmative, sur celles de savoir dans quelle mesure et à partir de quand.

## **E. 6**

Aux termes de 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. Selon la jurisprudence, 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

A/1754/2010 - 13/20 - Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

## **E. 7**

En l'espèce, il s'agit donc de comparer la situation prévalant au moment où la dernière décision a été rendue, en novembre 2002, à celle existant au moment de la décision litigieuse, en mars 2010. En novembre 2002, l'OAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50% sur la base des conclusions posées à l'époque par le Prof.

A\_\_\_\_\_ (capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites c'est-à-dire un travail léger permettant d'alterner les positions). Ce médecin avait alors pris en considération les lombalgies permanentes et la pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit dont souffrait l'assuré. Ses conclusions avaient été confirmées par celles de l'expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 8 août 2005, laquelle avait également conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée telle que celle d'employé chez X\_\_\_\_\_ chargé du comptage des voyageurs. Les experts, tenant compte des lombalgies et scialgies droites, d'une gonarthrose gauche et de l'arthrose du poignet droit, avaient alors préconisé d'éviter le port de charges, les flexions antérieures du tronc fréquentes et d'alterner les positions. Ils avaient en revanche exclu toute atteinte à la santé psychique ayant une influence sur la capacité de travail. S'agissant de la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, l'OAI admet désormais, vu les résultats de l'expertise judiciaire bi-disciplinaire des Drs N\_\_\_\_\_ et

M\_\_\_\_\_ du 31 mai 2011, que l'état de santé physique du recourant s'est dégradé, vraisemblablement en 2008, réduisant ainsi sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. L'intimé admet également une aggravation de l'état de santé psychique de l'intéressé - sous forme de dépression sévère - et une totale incapacité de travail depuis début 2011. Seules restent donc litigieuses les questions de savoir à partir de quand et dans quelle mesure l'état de santé physique et psychique du recourant s'est aggravé de manière à influencer sa capacité de travail, singulièrement son degré d'invalidité.

#### **E. 8**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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

A/1754/2010 - 14/20 - ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

#### **E. 9**

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).

#### **E. 10**

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). 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 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

A/1754/2010 - 15/20 - 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) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire 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). 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). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 11**

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).

## **E. 12**

a) En l'espèce, le dossier comprend - au nombre des pièces médicales à confronter - les rapports médicaux des médecins traitants (allant de 2006 à 2008), l'expertise extrajudiciaire rhumatologique du Dr I \_\_\_\_\_ (décembre 2007), l'expertise extrajudiciaire

psychiatrique et oto-rhino-laryngologique des Dr K\_\_\_\_\_ et

A/1754/2010 - 16/20 - L\_\_\_\_\_ (mai 2009) et, enfin, l'expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique des Dr M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ (mai 2011). Sur le plan formel, cette dernière expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante - ce que l'intimé ne conteste au demeurant pas - car elle comprend une anamnèse avec un historique détaillé des plaintes, des constatations cliniques, une analyse complète des radiographies et une discussion du cas. b) D'un point de vue rhumatologique, la Dresse M\_\_\_\_\_ admet une aggravation de l'état de santé depuis 2002 en raison d'une aggravation des cervicalgies (2006), l'apparition de vertiges sur atteinte vestibulaire (en 2004), la survenance de douleurs à la hanche gauche, de parasthésie et d'un trouble sensitif de la main gauche avec status post intervention en 2008 pour tunnel carpien et neurolyse du nerf cubital à gauche, sans amélioration de symptôme (en 2008). Ces diagnostics - qui montrent une aggravation de l'état de santé physique du recourant - sont clairs, suffisamment motivés et non contestés par les parties. Ils seront donc tenus pour établis. La Dresse M\_\_\_\_\_ conclut à une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée, ce que ne conteste plus l'intimé qui s'oppose toutefois à ce que l'on fasse remonter l'aggravation de l'état de santé physique de l'assuré à 2006. A cet égard, l'intimé soutient que l'aggravation coïncide bien plutôt avec la date des interventions chirurgicales (2008). Cette question - et tout ce qui a trait au volet somatique - peut toutefois rester indécise, eu égard à ce qui suit. c) En effet, du seul point de vue psychiatrique, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé en 2003, stabilisé entre 2005 et 2010, puis à nouveau aggravé en 2011. A cet égard, le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué l'introduction d'un antidépresseur était devenue nécessaire en 2003, puis un suivi psychiatrique en 2004. Selon l'expert, l'état dépressif de l'assuré était sévère et entraînait une incapacité de travail totale depuis 2003. A cet égard, le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré ne dispose que de peu de ressources intellectuelles et souffre d'un psychisme extrêmement appauvri si bien qu'il ne dispose plus ni de l'énergie vitale ni de la motivation nécessaires, pas plus qu'il n'a la capacité de se concentrer, de mémoriser ; en définitive, il ne dispose pas de l'agilité mentale nécessaire à l'exercice d'une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Le diagnostic posé par le Dr N\_\_\_\_\_ et sa répercussion sur la capacité de travail sont donc clairement motivés et ne souffrent d'aucune contradiction. Cette analyse va en outre dans le même sens que celle des médecins traitants. En effet, la Dresse H\_\_\_\_\_ a toujours parlé d'un trouble dépressif important ou sévère, probablement depuis 2002, en tout cas depuis 2004, rendant son patient totalement incapable de travailler (cf. rapport des 26 janvier 2007, 23 août 2007, 28 février 2008). Elle mentionne l'isolement affectif et le repli sur soi du recourant, son irritabilité, la perte de la notion de plaisir, la grande fatigue, l'apathie, la perte

A/1754/2010 - 17/20 - d'estime et de confiance de soi. Les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont également mentionné une dépression sévère dans leurs rapports (cf. rapports du 20 août 2007 et du 7 septembre 2007). Il est vrai que le Dr K\_\_\_\_\_ (cf. expertise de mai 2009) a pour sa part exclu tout trouble dépressif sévère et admis une pleine capacité de travail. Cependant, son appréciation ne saurait être suivie par la Cour de céans. En effet, pour motiver ses conclusions, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de tristesse et les émotions du recourant variaient en fonction des sujets abordés, ce qui parlait en défaveur d'une dépression sévère. Cette motivation n'emporte pas la conviction, tant il est vrai qu'elle apparaît insoutenable et insuffisante dans un contexte pourtant marqué par des plaintes multiples énoncées dans l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ (restriction du champs de

la pensée sur les conflits, plus grande nervosité depuis 2002, anxiété depuis 2003, s'énerve facilement, agressivité verbale, intolérance au bruit, besoin d'isolement, intolérance au contact, envie de frapper incapacité à se concentrer, ruminations importantes, illusions visuelles, forte émotivité, difficulté respiratoire, accélération cardiaque, état de tristesse variable, anhédonie marquée, fatigue souvent sévère, sentiment de dévalorisation, idées noires et parfois suicidaires, perturbation du sommeil, forte diminution de la libido, fréquents réveils nocturnes, absence de vie sociale). Ainsi, la Cour de céans constate qu'à tout le moins depuis 2004, les symptômes et les plaintes du recourant - tels qu'ils ressortent des différents rapports des médecins traitants, mais également de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, sont superposables avec ceux identifiés en dernier lieu par le Dr N\_\_\_\_\_, de sorte que - pour cette raison également - les conclusions de ce dernier doivent être retenues. c) Au bénéfice des explications qui précèdent, la Cour de Céans est convaincue - au degré de la vraisemblance prépondérante - que le recourant souffre d'une dépression sévère le rendant totalement incapable de travailler à tout le moins depuis décembre 2004.

### **E. 13**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 88 a al. 2 RAI). Selon l'article 88 bis al. 1 RAI; l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt: si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let b), s'il est constaté que la

A/1754/2010 - 18/20 - décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c).

### **E. 14**

Dès lors que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler à tout le moins depuis le mois de décembre 2004 en raison d'une aggravation de son état de santé qui a duré plus de trois mois sans interruption notable et que le dépôt formel de sa demande de révision date du 28 août 2006, il a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2006.

### **E. 15**

Dans la mesure où le recourant obtient totalement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyé à titre de dépens (art. 61 let g LPGA). De plus un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1754/2010 - 19/20 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable Au fond : 2. L'admet. 3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2006. 4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1500 fr. au titre de dépens. 5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du

**E. 17**

juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La présidente

Karine STECK

A/1754/2010 - 20/20 - Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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