

GE_GERICHTE A/138/2011 vom 16. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_138_2011

FR: GE_GERICHTE A/138/2011 du 16 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/138/2011 del 16 maggio 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe EIGENHEER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Par décision du 6 juillet 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI) a mis Monsieur P _____, né en 1956, au bénéfice d'une demie rente d'invalidité du 24 juillet 2002 au 31 décembre 2003, puis d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004. Le degré d'invalidité retenu était de 66,45%, la capacité de gain étant réduite en raison de lombalgies avec sciatalgies à bascule chronique sur status après spondylèse L4-L5 et éventration de la ligne médiane. A l'occasion de la révision périodique en 2007, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé, survenue en été 2006. A la demande de l'OAI, le Dr A _____, spécialiste en médecine interne, a examiné le patient et conclu à l'absence d'aggravation. La Dresse B _____, spécialiste en médecine physique et en rééducation, également sollicitée par l'OAI, a toutefois conclu à une aggravation de l'état de santé du patient. Au vu de ces rapports intermédiaires contradictoires, le Service médical régional (SMR) a procédé à un examen rhumatologique, par le Dr C _____, qui a conclu à une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Par décision du 16 juin 2008, l'OAI a ainsi considéré que le degré d'invalidité de son assuré était demeuré inchangé. En raison de l'augmentation de ses douleurs, l'assuré a à nouveau consulté en 2009. Dans son rapport du 7 juillet 2009, le Dr D _____, spécialiste en radiologie, a retenu une ostéonécrose de stade II Ficat et Arcet du côté droit et une bursite de lilio-psoas du côté gauche. Le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a partagé cette appréciation. Il a relevé, dans son rapport du 13 juillet 2009, la présence d'une coxarthrose et une probable nécrose de la tête fémorale droite. A terme, une prothèse totale de la hanche devait être envisagée. L'assuré a ainsi déposé une nouvelle demande de prestations le 19 août 2009. Dans son rapport du 5 octobre 2009, le SMR a retenu que des altérations radiologiques avaient été observées, mais qu'il n'y avait pas lieu de les instruire plus avant. Le projet de décision du 9 octobre 2009 de l'OAI, propose ainsi le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations. L'assuré a joint à ses observations à l'OAI le rapport de la Dresse B _____ du 30 octobre 2009. Celle-ci relève l'apparition, depuis mai 2009, de douleurs internes de la cuisse droite sans relation avec la symptomatologie radiculaire connue depuis 2006. Les radiographies du bassin et l'échographie inguinale effectuées le 25 mai 2009 avaient mis en évidence une coxarthrose débutante, mais pas d'autre pathologie. Ce n'était que le 7 juillet 2009 qu'une IRM du bassin avait permis de poser le diagnostic d'ostéonécrose de stade II de Ficat et Arcet du côté droit avec une anomalie de la tête fémorale. Le 9 novembre 2009, le Dr D. A _____ a également confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient qu'il avait revu le 6 novembre 2009. Il partageait l'avis de la Dresse B _____ selon lequel cette

aggravation était survenue en mai 2009. Enfin, le Dr F _____, chef de clinique auprès des HUG, a proposé, dans son rapport du 12 janvier 2010, une arthroplastie totale de la hanche. Répondant au questionnaire que lui a adressé l'OAI et après avoir convoqué l'assuré aux frais de l'OAI, comme ce dernier le lui a demandé, le Dr E _____ a confirmé dans son écrit du 11 mars 2010, le diagnostic de coxarthrose bilatérale sur nécrose, précisé que le pronostic était réservé et estimé l'incapacité de travail à 100%. Il n'existait pas d'activité adaptée aux limitations du patient; cette appréciation était valable depuis mai 2009. Du 29 août au 7 septembre 2010, l'assuré a été hospitalisé en raison d'une typhlite attribuée aux anti-inflammatoires. Le 2 décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans son rapport du 15 décembre 2010, le Dr G _____, médecin interne auprès du Département de chirurgie des HUG, préconise la mise en place, dans les meilleurs délais, d'une prothèse totale de la hanche, les douleurs n'étant plus contrôlables, malgré la prise de puissants antalgiques, qui avaient, au demeurant, causé l'hospitalisation de fin août 2010. La date de l'intervention a été fixée au 17 mars 2011. Selon la Dresse B _____, cette intervention devrait conduire à une nette amélioration des douleurs, après une convalescence d'environ 8 semaines. Par acte déposé le 18 janvier 2011 au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assuré recourt contre la décision précitée, reçue le 6 décembre 2010, dont il demande l'annulation. Préalablement, il sollicite son audition et conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière pour lui ainsi qu'à une rente complémentaire pour conjoint et une rente entière simple pour chacun de ses enfants. Dans ses observations, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR, qui admettait une probable détérioration de l'état de santé, qui a conduit à ce qu'une intervention chirurgicale soit prévue. Il s'agissait néanmoins d'une détérioration temporaire permettant, "normalement 8 semaines après l'intervention" de retrouver la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. L'OAI proposait ainsi que la Cour complète l'instruction du dossier par des rapports complémentaires radiologiques, afin de dater le début de l'aggravation. En effet, l'Office avait, en vain, tenté d'obtenir les rapports du Dr E _____. Enfin, afin que son dossier soit complet, ledit service sollicitait le rapport de sortie du Département de chirurgie viscérale. Ses conclusions tendaient donc à un complément de l'instruction médicale. Dans son rapport, annexé à la détermination de l'OAI, le SMR conclut que s'il peut exister une aggravation de la coxarthrose, celle-ci n'aurait qu'une influence temporaire sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. L'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, il laissait le soin à l'autorité judiciaire de poursuivre l'instruction. L'assuré a relevé qu'il ne pouvait être admis qu'il était probable qu'il recouvre une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée 8 semaines après son intervention planifiée le lendemain de son écriture. Le dossier médical paraissait complet, de sorte qu'il ne semblait pas opportun de compléter l'instruction. Il ne s'opposait toutefois pas à ce que les rapports médicaux complémentaires demandés par l'OAI soient apportés au dossier. Pour le surplus, il persistait dans ses conclusions. Après transmission de la détermination de l'assuré à l'OAI, la cause a été gardée à juger. Les arguments des parties seront examinés ci-après dans la mesure utile à la solution du litige. 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 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. Le recours, interjeté selon les forme et délai prévus

par la loi (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA), est recevable. La Cour de céans s'estimant suffisamment renseignée pour statuer sur les questions litigieuses, il ne sera pas donné suite à la demande du recourant d'être entendu ni procédé à l'apport de pièces complémentaire, sollicité par l'intimé. Par ailleurs, il n'apparaît pas que le Dr E _____ n'aurait pas répondu aux courriers de l'intimé. Ce médecin a, en effet, répondu à chacun des courriers de l'intimé, puis précisé qu'il ne disposait pas de radiographies effectuées après le 7 juillet 2009 (pièce 91 p. 2 int.). Il ne paraît donc pas utile d'ordonner la production de radiographies au Dr E _____ que celui-ci ne détient pas. 2 . Est litigieuse la question de savoir si l'intimé a refusé à bon droit d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. a) 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. L'art. 88a al. 2 du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prévoit qu'en cas d'aggravation de l'incapacité de gain, ce changement accroît le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88bis al. 1 let. a RAI). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). 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). Une incapacité de gain de 70% donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) En l'espèce, il convient en premier lieu de préciser que la présente procédure ne permet pas de revenir sur la décision, passée en force, du 16 juin 2008, qui avait nié toute modification du degré d'invalidité du recourant au terme d'un examen médical circonstancié mené par le Dr C_____, spécialiste en médecine physique et de rééducation. Ce médecin n'avait pas constaté d'aggravation notable de l'état de santé du recourant par rapport aux évaluations effectuées précédemment. Le recourant ne demande, au demeurant, pas que la décision de 2008 soit annulée et fonde son recours sur les attestations médicales bien postérieures à cette date. Contrairement aux examens médicaux pratiqués jusqu'au 7 juillet 2009, le rapport du Dr D_____ a, pour la première fois, mis en évidence, lors de l'IRM du bassin, une ostéonécrose de stade II Ficat et Arcet du côté droit. Pour la première fois également, une bursite de l'ilio-psoas du côté gauche est alors diagnostiquée. La Dresse B_____ avait observé, depuis mai 2009, l'apparition de douleurs internes de la cuisse droite sans relation avec la symptomatologie connue depuis 2006. Le 13 juillet 2009, le Dr E_____ a également retenu une coxarthrose et une "très probable" nécrose de la tête fémorale ressortant des radiographies et de l'IRM. Ce même médecin a encore confirmé, dans sa réponse à l'intimé en mars 2010, le diagnostic de coxarthrose bilatérale sur nécrose ainsi que l'incapacité du recourant d'exercer une quelconque activité depuis mai 2009, considérant qu'aucun aménagement ne permettait au recourant d'exercer une activité. Enfin, le Dr A_____ a également retenu, sur la base de ses constatations cliniques et des diagnostics radiologiques, que l'état de santé de son patient s'était péjoré depuis le mois de mai 2009. Les constatations des médecins précités, notamment des Dr E_____, D_____ et B_____, reposent sur des examens - radiologiques ou cliniques - détaillés et discutés de manière circonstanciée. Les rapports établis par ces spécialistes ne contiennent pas de contradictions internes ni entre eux. Ils sont fondés sur des constatations objectives. Les uns corroborent les autres. Il y a donc lieu de s'y référer. Les appréciations médicales concordent tant sur la péjoration de l'état de santé du recourant et le moment où celle-ci peut être située (mai 2009) que sur la répercussion de celle-ci sur la capacité de travail dans une activité adaptée (0%). Il sera donc retenu que la capacité de gain du recourant est nulle depuis le mois de mai 2009. Son invalidité est ainsi entière depuis lors, de sorte qu'il peut prétendre à une rente entière. Dès lors que la péjoration est survenue en mai 2009, elle avait perduré trois mois au moment où il a déposé sa demande de modification de rente, le 19 août 2009. Le recourant est ainsi fondé à réclamer une rente entière depuis le 1^{er} août 2009. Il est prématuré de statuer sur la question de savoir si ce droit est passager, les parties s'accordant sur le fait qu'il convient d'attendre - au minimum - 8 semaines après l'intervention du 17 mars 2011 pour déterminer si l'évolution est favorable et permet au recourant de retrouver la capacité de gain résiduelle qui était la sienne avant l'aggravation de son incapacité de gain. Il sera loisible à l'intimé d'entamer une nouvelle procédure de révision si une amélioration de l'état de santé du recourant a lieu et s'avère durable et, si tel est le cas, de rendre une nouvelle décision. 3. Au vu de l'issue du litige, l'intimé versera au recourant, assisté par un mandataire professionnel, une indemnité à titre de dépens de 1'500 fr. et s'acquittera, en outre, des frais de justice fixés à 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 2 décembre 2010. Constate que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2009. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul du montant de la rente. Condamne l'intimé à verser, au recourant, une

indemnité de 1'500 fr. au titre de dépens. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé. 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 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.