

GE_GERICHTE A/3925/2013 vom 22. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3925_2013

FR: GE_GERICHTE A/3925/2013 du 22 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/3925/2013 del 22 dicembre 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au LIGNON, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH) recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1983, souffre d'infirmité motrice cérébrale touchant le membre supérieur gauche, de troubles de la statique et de la démarche et de dysarthrie, séquelles d'une anoxie néonatale. 2. Par décision du 15 mars 1999, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) lui a octroyé des mesures pédo-gothérapeutiques sous forme de rééducation du langage. 3. Par décision du 25 septembre 2001, il lui a également accordé des mesures professionnelles, sous forme d'un stage de réadaptation, afin d'examiner ses capacités d'insertion. 4. Par décision du 23 décembre 2005, confirmée sur opposition le 14 août 2006, puis, au final, par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_298/2007 du 5 juin 2008), l'OAI lui a nié le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a retenu que, selon les maîtres socio-professionnels qui avaient formé l'assuré, la baisse de rendement de ce dernier ne s'élevait qu'à 20%, qu'à la lecture des rapports des différents médecins-traitants, aucun ne faisait mention d'une incapacité totale de travail, que les différents médecins avaient simplement rappelé, pour l'essentiel, les séquelles dont était affecté l'assuré depuis la naissance – séquelles au demeurant non contestées -, et qu'il avait été confirmé que, sur le plan neurologique, l'état de l'assuré était stable de longue date. En conclusion, l'assuré était à même de mettre à profit une capacité de travail entière dans l'activité d'employé de bureau, sous réserve d'une baisse de rendement de 20% découlant de son handicap neurologique, une baisse de rendement supérieure devant être, selon toute vraisemblance, imputée aux problèmes comportementaux de l'intéressé. L'OAI avait alors statué après l'octroi d'une formation professionnelle initiale - ayant permis à l'assuré d'obtenir un certificat fédéral de capacité d'employé de bureau en 2004 - et une longue instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments médicaux suivants : - un rapport du Professeur C_____, médecin chef de service de la consultation rachis adultes de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG), confirmant, dans un courrier du 21 juillet 2005 que l'assuré présentait des troubles séquellaires importants de type dyskinétique du membre supérieur gauche, des troubles de la statique et des troubles de la démarche, ainsi qu'une dysarthrie très importante ; - un courrier rédigé le 4 novembre 2005 par le docteur D_____, du service de neurologie des HUG, faisant état d'un tableau extrapyramidal hyperkinétique complexe s'associant à des troubles cognitifs où prédominaient des difficultés mnésiques, le diagnostic le plus probable étant celui d'une souffrance cérébrale néo-natale, confirmé par la stabilité des anomalies neurologiques au cours du temps ; - un compte-rendu téléphonique du 14 juin 2006 du Centre ORIPH expliquant que les séquelles présentées par l'assuré affectant son rendement

dans la fonction d'employé de bureau consistaient essentiellement en une paralysie du membre supérieur gauche et des difficultés d'élocution, qu'elles engendraient une certaine lenteur d'exécution (dactylographie et problèmes d'expression) et, donc, une baisse de rendement de 20% ; ce taux ne prenait pas en considération une éventuelle problématique socio-culturelle et comportementale, sans rapport avec les atteintes à la santé dont était affecté l'assuré : celui-ci faisait parfois preuve de mauvaise volonté, lorsqu'il s'agissait de travailler avec des femmes, par exemple, ou de se plier à des consignes ou à un cadre de travail. !endif>![if> 5. Le 4 mai 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente en invoquant une aggravation de ses troubles de santé (état dépressif sévère et insuffisance motrice cérébrale). !endif>![if> 6. Le 1^{er} juin 2012, le docteur P. E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a appuyé la nouvelle demande de son patient en faisant état d'un contexte d'aggravation d'un état dépressif. !endif>![if> 7. Le 8 juin 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait de même en faisant état d'une nette péjoration de l'état de son patient avec apparition d'un état dépressif, d'une anhédonie, de troubles du sommeil et de l'appétit ayant nécessités l'envoi chez un psychiatre. Il a également fait mention d'une aggravation des douleurs dorsales. !endif>![if> 8. Le docteur G_____, spécialiste en médecine physique et rééducation et en médecine du sport, a également adressé un courrier à l'OAI, faisant état d'une aggravation des lombalgies chroniques avec une évolution fluctuante dans le temps. Le bilan radiologique avait montré une scoliose lombaire à convexité gauche avec rotation modérée des corps vertébraux et une hyperlordose lombaire. Le médecin a expliqué que les douleurs rachidiennes étaient présentes dans le cadre de spasmes musculaires en lien avec une infirmité motrice cérébrale entraînant un syndrome extrapyramidal hyperkinétique complexe. Les troubles neurologiques, surtout moteurs, étaient très importants. !endif>![if> 9. Enfin, dans un rapport du 21 août 2012, le psychiatre traitant a conclu à une totale incapacité de travail et a notamment indiqué qu'« une évaluation neuropsychologique serait utile ». !endif>![if> 10. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional (SMR) de l'OAI, qui a jugé qu'une aggravation avait été rendue plausible. !endif>![if> 11. Mandat a été donné au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à une expertise. !endif>![if> 12. Le médecin a rendu son rapport en date du 28 février 2013. !endif>![if> Il a retenu une infirmité motrice cérébrale suite à une probable asphyxie néonatale « à préciser d'un point de vue neurologique ». L'expert a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des épisodes dépressifs récurrents moyens, puis sévères en 2012, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission, des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, une accentuation de certains traits de personnalité (traits de personnalité anxieuse actuellement non décompensés), des difficultés liées à l'emploi et au chômage. L'expert a admis une aggravation de la symptomatologie dépressive en janvier 2012, ayant entraîné des limitations fonctionnelles et une incapacité totale depuis le 1^{er} janvier 2011. Au plan, physique, l'expert a indiqué : « selon l'anamnèse et le dossier médical (...), il existe des limitations fonctionnelles significatives somatiques en lien avec une infirmité motrice cérébrale caractérisée par des troubles séquellaires importants de type dyskinétiques du membre supérieur gauche, une importante dysarthrie, des troubles de la statique et des troubles de la démarche. Le tableau clinique s'est encore compliqué avec l'apparition en 2012 d'une scoliose lombaire à convexité gauche avec rotation modérée des corps vertébraux, d'une hyperlordose lombaire et d'un lombago chronique (...). Des

tremblements involontaires des pouces bilatéralement semblent également limiter la capacité de travail de l'assuré. Ce constat devra être évalué par un médecin somaticien ». Au niveau psychique, l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle. Il a expliqué que si des limitations avaient été présentes ponctuellement par le passé, en lien avec les épisodes dépressifs récurrents, moyens en 2011 et sévères en 2012, tel n'était plus le cas. La capacité de travail médico-théorique psychiatrique était désormais de 100% et ce, depuis le 1^{er} janvier 2013, dans toute activité professionnelle adaptée au status somatique de l'assuré.

13. Par décision du 7 novembre 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour le mois de novembre 2012 et à une demi-rente pour le mois de décembre 2012. L'OAI a en effet considéré que, depuis le 1^{er} janvier 2011 - début du délai d'attente d'un an -, la capacité de travail de l'assuré avait été considérablement restreinte : selon le dossier médical, l'incapacité avait été de 50% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, de 100% du 1^{er} janvier au 30 novembre 2012 et de 50% du 1^{er} au 31 décembre 2012, étant précisé que ces taux se confondaient avec le degré d'invalidité. A compter du 1^{er} janvier 2013, l'assuré avait recouvré sa capacité d'avant, soit 80% dans son activité habituelle. Le droit s'était ouvert le 1^{er} novembre 2012, soit six mois après le dépôt de la demande du 4 mai 2012.

14. Par écriture du 5 décembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que soit mise sur pied une expertise médicale pluridisciplinaire et à ce que lui soit reconnu le droit à « telle ou telle mesure de réadaptation professionnelle que justice dira » et « à partir de telle ou telle date que justice dira, à telle ou telle rente d'invalidité que justice dira ». Le recourant allègue que le Dr H_____ a renvoyé, s'agissant de l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail à l'avis des médecins somaticiens. Il en tire la conclusion que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant un volet neurologique, un volet neuropsychologique, un volet rhumatologique ou orthopédique.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 janvier 2014, a conclu au rejet du recours. L'intimé explique que le SMR a estimé qu'une aggravation avait été rendue plausible sur le plan psychique, que c'est la raison pour laquelle il est entré en matière, qu'il s'est rangé aux taux d'incapacité dont a fait état l'expert H_____ sur ce plan et qu'aucun élément n'est apparu qui l'aurait conduit à instruire plus avant l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique. Il estime que la situation médicale de l'assuré a été investiguée à satisfaction de droit.

16. Par écriture du 5 février 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il souligne que le médecin du SMR dans sa note du 20 septembre 2012 a indiqué : « selon le psychiatre, une évaluation neuropsychologique peut s'avérer nécessaire pour évaluer correctement le cas. Dans ces circonstances il nous semble raisonnable de demander une expertise psychiatrique » et s'étonne du choix d'une évaluation psychiatrique plutôt que neuropsychologique. Le recourant ajoute que l'expert psychiatre, dans son rapport a retenu qu'il existait des limitations fonctionnelles somatiques significatives et que le tableau clinique s'était encore compliqué avec l'apparition, en 2012, d'une scoliose lombaire à convexité gauche, d'une hyperlordose lombaire et d'un lumbago chronique ; des tremblements involontaires des pouces semblaient également limiter la capacité de travail de l'assuré. Le recourant en conclut qu'il aurait fallu compléter l'expertise psychiatrique par une expertise neurologique et rhumatologique.

17. Interpellé par la chambre de céans, le Dr H_____ a répondu en date du 24 juin 2014. Il a confirmé n'être pas compétent pour se prononcer quant au status somatique et a continué en ces termes : « Par conséquent, je ne peux pas affirmer si une expertise neurologique, rhumatologique ou orthopédique devrait être

envisagée. Toutefois, au cas où l'investigué bénéficie d'une prise en charge neurologique, rhumatologique ou orthopédique et que son médecin spécialisé en neurologie, rhumatologie ou orthopédie objective des nouvelles limitations fonctionnelles, qui n'existaient pas auparavant, il pourrait les expliquer brièvement, tout en se positionnant par rapport à l'intérêt éventuel d'une expertise supplémentaire. (...) Tenant compte de l'ensemble de l'examen psychiatrique réalisé, nous n'avons pas l'impression qu'un examen neuropsychologique serait actuellement nécessaire, sauf si l'investigué a été victime de nouveaux éléments depuis lors (exemple, avec traumatisme crânio-cérébral). En effet lors du testing cognitif proposé, nous avons eu l'impression que l'assuré n'était pas très motivé à le réaliser, alors qu'il montrait des capacités intellectuelles et de concentration rassurantes cliniquement mais aussi à travers son parcours professionnel. Toutefois des rechutes dépressives restent possibles et si des limitations fonctionnelles psychiatriques étaient à nouveau présentes en lien avec un épisode dépressif sévère, malgré un traitement antidépresseur bien conduit et avec monitoring sanguin optimal, une nouvelle évaluation psychiatrique serait indiquée. » 18. Par écriture du 15 juillet 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.!

19. Par écriture du 5 février 2014 (recte 15 juillet 2014), le recourant a persisté dans ses conclusions en relevant que le Dr H_____ avait admis n'être pas compétent pour se prononcer sur le plan somatique.!

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 - E 2 05) en vigueur depuis 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. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).!

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.!

4. En l'espèce, seule est litigieuse en l'espèce la réduction de la rente entière d'invalidité versée au recourant à compter de novembre 2012 à une demi-rente dès décembre 2012, puis sa suppression, au 31 décembre 2012.!

5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).!

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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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 ; 105 V 158 consid.1). 6. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente

(ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). b) 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). 7. En l'espèce, la Cour de céans relèvera que la nouvelle demande de rente a été motivée principalement par une aggravation sur le plan psychique (état dépressif sévère), l'insuffisance motrice cérébrale étant d'ores et déjà connue de l'OAI. Or, l'état psychique de l'assuré a fait l'objet d'une investigation approfondie par le Dr H_____, expert, dont les conclusions ne sont au demeurant pas contestées par le recourant. Celui-ci invoque désormais une aggravation somatique, dont il considère qu'elle aurait dû être investiguée par l'intimé, lequel soutient n'avoir trouvé aucun élément corroborant une telle aggravation. Certes, il est vrai que, dans son rapport, le Dr H_____ a renvoyé, s'agissant de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, à l'avis des médecins somaticiens et que, de son côté, le psychiatre-traitant a évoqué l'éventualité d'une évaluation neuropsychologique. S'agissant de cette dernière, l'expert, dûment interrogé par la Cour de céans, a cependant expliqué qu'à son avis, un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire, à moins que l'assuré n'ait été victime de nouveaux éléments (par exemple, un traumatisme cranio-cérébral), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Quant à l'état physique du recourant, il a déjà fait l'objet de nombreuses investigations par le passé et l'expert a explicité sa position de la manière suivante : si l'investigué bénéficie d'une prise en charge neurologique, rhumatologique ou orthopédique et que son médecin spécialisé en neurologie, rhumatologie ou orthopédie objective des nouvelles limitations fonctionnelles, qui n'existaient pas auparavant, il pourrait les expliquer brièvement, tout en se positionnant par rapport à l'intérêt éventuel d'une expertise supplémentaire. Tel n'est pas le cas non plus en l'occurrence. Certes, le Dr G_____ a fait état d'une aggravation des douleurs lombaires s'expliquant par l'apparition d'une scoliose, mais à aucun moment il n'a affirmé que cela se traduirait par de nouvelles limitations venant s'ajouter à celles déjà retenues. Quant aux problèmes moteurs-cérébraux rencontrés par l'assuré, ils étaient déjà présents lors de la décision initiale du 14 août 2006, tout comme le tableau extrapyramidal hyperkinétique (se traduisant notamment par les tremblements relevés par l'expert), déjà évoqué en 2005 par le Dr K_____. On relèvera encore qu'il est paradoxal de la part du recourant de solliciter dans un premier temps des investigations somatiques supplémentaires en se basant sur l'avis du Dr H_____ pour finir par prétendre, lorsque ce dernier revient sur sa position, que son avis ne saurait être suivi puisqu'il n'est pas compétent pour se prononcer sur le plan somatique. Eu égard aux considérations qui précèdent et à l'absence d'éléments permettant de conclure que l'état de l'assuré se serait dégradé au plan physique, au point de modifier sa capacité de gain, on ne saurait reprocher à l'intimé de n'avoir pas procédé à des investigations supplémentaires sur ce plan. 8. Il convient dès lors de se rallier aux conclusions de l'expert psychiatre et de reconnaître à l'assuré, comme l'a fait l'intimé, le droit à une rente entière pour novembre 2012, réduite à une demi-rente à compter du 1^{er}

décembre 2012. En revanche, dans la mesure où l'assuré a recouvré sa capacité de travail antérieure à compter du 1^{er} janvier 2013, l'intimé aurait dû lui reconnaître le droit à une demi-rente jusqu'au 31 mars 2013 (art. 88a al. 1 RAI). Dans cette mesure, le recours est très partiellement admis. Le recourant obtenant très partiellement gain de cause aura droit à des dépens réduits (art. 61 al. 1 let. d et g LPGA). 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.