

GE_GERICHTE ATAS/1173/2008 vom 9. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1173_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1173/2008 du 9 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1173/2008 del 9 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'article 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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) 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.

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

A/116/2008 - 8/13 - plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lesquelles les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée au mois de novembre 2006, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit du moment que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c et les dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

S'agissant de la recevabilité du recours, il y a lieu de rappeler qu'au terme de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision. A teneur de l'art. 38 al. 1 LPGA, le délai compté par jour ou par mois commence à courir le lendemain de la communication. Il faut dès lors, pour calculer le délai, connaître la date à laquelle le recourant a reçu la décision. Une décision ou une communication de procédure est considérée comme étant notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend

connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée ; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Point n'est besoin que celui-ci ait eu effectivement en mains le pli qui contenait la décision. Il suffit ainsi que la communication soit entrée dans sa sphère de puissance de manière qu'il puisse en prendre connaissance (ATF 122 III 319 consid. 4 et les références). Lorsque la notification intervient par pli recommandé, elle est réputée parfaite lorsque l'intéressé ou toute personne qui le représente ou dont on peut légitimement penser qu'elle le

A/116/2008 - 9/13 - représente (ATF 110 V 37 consid. 3) a reçu le pli ou l'a retiré au guichet postal en cas d'absence lors du passage du facteur (ATFA non publié du 11 avril 2005, C24/05 consid. 4.1). La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 400, consid. 2a p. 402 ; 120 III 117 consid. 2 p. 118 ; RAMA 1997 n° U 288, p. 444 consid. 2b et les références citées. En l'occurrence, force est de constater que la décision en cause a été notifiée par pli simple de sorte que l'OCAI n'a pas été en mesure d'établir la date de réception par le recourant de la décision entreprise. Par conséquent, l'OCAI doit supporter les conséquences de l'absence de preuve de notification. La décision litigieuse du 23 novembre 2007 a été reçue le 27 novembre 2007 par le recourant. Le recours déposé le 14 janvier 2008 est interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, donc recevable au sens des art. 56 à 60 LPGa).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y a pas eu aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de prestations du 16 août 2004, confirmée sur opposition le 29 novembre 2004.

E. 5

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGa ; art. 87 al. 3 et 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus amples examens de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis

A/116/2008 - 10/13 - sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché l'entrée en matière que lorsque ce point est

litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPG. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestation, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 6

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision mais a considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis sa décision initiale du 16 août 2004, confirmée par décision sur opposition du 29 novembre 2004. Il convient de relever qu'il a été établi au terme de la précédente procédure que l'assuré, en dépit d'un très discret syndrome vertébral et d'une condropathie rotulienne, ne présentait aucune pathologie physique clairement objectivable, motif pour lequel ses médecins-traitant avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, considéré comme non invalidant en l'espèce par l'OCAI. En l'occurrence, il convient donc d'examiner s'il y a eu depuis lors aggravation de l'état de santé de l'assuré.

E. 7

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPG et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPG). 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).

A/116/2008 - 11/13 - b) 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 consid. 4 et les références). c) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peuvent influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales

doivent procéder à des investigations complémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer les griefs pertinents invoqués par les parties pour des simples raisons qui n'auraient pas été prouvées (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

E. 8

Le recourant, laissant entendre que l'instruction de son dossier est lacunaire, sollicite principalement la mise en œuvre d'une expertise médicale. Pour sa part, l'intimé a nié la modification notable de la situation du recourant faute d'élément nouveau depuis la décision de refus du 16 août 2004. Il s'est fondé sur l'avis SMR qui, comparaison faite entre les rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de la nouvelle demande et l'expertise du COMAI du 25 juin 2004, a estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau ni limitation fonctionnelle autre que celle déjà prise en compte par les experts du COMAI permettant de modifier le taux de capacité de travail retenu dans une activité adaptée. Le SMR s'est fondé sur le dossier médical existant sans même procéder à l'auscultation de l'assuré. Le tribunal remarque qu'une auscultation s'avérait nécessaire ce d'autant plus que l'expertise du COMAI remontait au mois de juin 2004, soit il y avait près de 3 ans.

E. 9

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993

A/116/2008 - 12/13 - n° U170 p. 76, 1989 n° K809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K665 p. 87). Dans la mesure où l'intimé s'est limité à soumettre les pièces médicales sollicitées des divers médecins mentionnés par le recourant dans le cadre de sa demande de prestations AI sans cependant estimer utile, à tout le moins, d'examiner le recourant, il a constaté les faits de façon sommaire. De plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin. En conséquence, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise indépendante effectuée par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et nouvelle décision. Il incombera aux médecins de fournir tous les éléments permettant de déterminer avec précision l'incidence des troubles sur la capacité de travail du recourant. Enfin, le cas échéant, l'intimé soumettra ce dernier à un stage d'observation professionnelle afin de déterminer précisément et concrètement quelles sont les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et s'il y a lieu d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles à envisager. Partant, l'instruction du dossier est manifestement incomplète.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 23 novembre 2007 sera annulée dans le sens des considérants.

E. 11

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens. Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à l'émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI entré en vigueur le 1er juillet 2006.

A/116/2008 - 13/13 -

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