

## **GE\_GERICHTE ATAS/1240/2010 vom 30. November 2010**

GE Cour de justice, 2010-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1240\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1240_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1240/2010 du 30 novembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1240/2010 del 30 novembre 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

#### **E. 3**

L'assuré a déposé, le 7 août 2008, une demande en révision de l'arrêt rendu en date du 6 mai 2008 par le Tribunal de céans.

#### **E. 4**

Aux termes de l'art. 81 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision, dans les trois mois dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans à compter de la notification de la décision. En l'espèce, l'assuré s'est rendu en consultation chez le Dr C \_\_\_\_\_ pour des douleurs survenues à l'épaule dans le courant du mois de mai 2008. Des examens de l'épaule effectués en date du 29 mai 2008 ont mis en évidence diverses pathologies, à savoir notamment, un très net conflit sous acromial, une périarthrite calcifiante et une lésion de type SLAP. Ce n'est qu'une fois ces diagnostics posés que l'assuré a pu réaliser qu'il souffrait de troubles pouvant avoir une influence déterminante sur le calcul de son degré d'invalidité. C'est donc à partir de cette date que le délai de 3 mois prévu par l'art. 81 LPA a commencé à courir et il n'était pas échu au moment du dépôt de la demande le 7 août 2008, laquelle a par ailleurs été formée par écrit.

A/3781/2007 - 7/11 - La demande en révision est dès lors formellement recevable.

#### **E. 5**

A teneur de l'art. 89I al. 2 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), l'art. 61 let i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 56V al. 1er LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 56V al. 2 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal pour régler la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses (ATAS/326/2008). Cette disposition prévoit qu'il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision (let. a), que des faits ou des moyens de preuve

nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente (let. b), que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièces (let. c), que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel (let. d), que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées (let. e). Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 110 V 141 consid. 2

A/3781/2007 - 8/11 - et 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2, 118 II 205 consid. 5). En l'espèce, dans le cadre de sa demande, le recourant a produit une expertise du Dr C \_\_\_\_\_ datée du 3 juin 2008, faisant état notamment d'une périarthrite calcifiante de l'épaule droite. Il s'agit d'un fait nouveau dès lors que cette pathologie n'était pas connue lorsque le Tribunal de céans a rendu son arrêt le 6 mai 2008. L'intimé a lui-même admis explicitement qu'il s'agissait d'un fait nouveau nécessitant un complément d'expertise. Il s'agit de déterminer toutefois si cette nouvelle pathologie a une influence sur la capacité de travail de l'assuré et pourrait de ce fait modifier la décision dont l'assuré requiert la révision.

## **E. 6**

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'incapacité de gain est définie comme étant toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré, 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). La capacité de gain est déterminée en premier lieu par la capacité de travail résiduelle, soit 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 ou mentale. 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)

#### **E. 7**

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par les parties ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid- 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Selon le principe de la 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.

A/3781/2007 - 9/11 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il convient 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 8**

Le Tribunal de céans a fondé son arrêt du 6 mai 2008 sur l'expertise du 18 avril 2006 du Dr A \_\_\_\_\_ à laquelle il a reconnu pleine valeur probante. Le médecin avait ainsi retenu que l'assuré bénéficiait dans une activité légère d'une capacité de travail de 75%, diminution de rendement comprise. L'assuré a invoqué à l'appui de sa demande en révision des faits nouveaux, le Dr C \_\_\_\_\_ ayant constaté une péjoration de son état de santé en raison de pathologies qui n'avaient pas pu être prises en compte à par le Dr A \_\_\_\_\_ dans sa première expertise. Le Tribunal de céans constate cependant que ni dans son expertise du 3 juin 2008, ni dans les compléments qu'il a versés à la procédure les 17 et 30 septembre 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ ne s'est prononcé sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il s'est en effet référé aux appréciations de ses confrères ainsi qu'à la littérature médicale pour finalement conclure de façon toute générale que les nouvelles affections dont souffre le patient sont péjoratives et ont un effet néfaste sur sa santé. Dans l'expertise établie le 2 mars 2010 dans le cadre de la procédure de révision, le Dr A \_\_\_\_\_ a pris, sur la base d'une anamnèse complète, des pièces du dossier et des plaintes du patient, des conclusions détaillées quant aux effets sur la capacité de travail de l'assuré de chacune des pathologies dont il est atteint. Il existe certes une discordance, s'agissant de l'examen clinique de l'épaule de l'assuré, entre les constatations du Dr C \_\_\_\_\_ qui insiste sur la gravité de l'affection et celles du Dr A \_\_\_\_\_ dont les observations concluent à une amélioration de la pathologie. Cela étant, force est de constater que plusieurs mois se sont

passé entre les deux diagnostics, celui du Dr C \_\_\_\_\_ datant de juin 2008 et celui du Dr D \_\_\_\_\_ de mars 2010 et qu'il est tout à fait vraisemblable que la situation de l'assuré se soit améliorée. En effet, tant dans son expertise que dans ses courriers des 17 et 30 septembre 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ préconisait la nécessité d'une intervention chirurgicale en raison de la gravité de l'atteinte. Celle-ci n'a cependant

A/3781/2007 - 10/11 - jamais eu lieu depuis, ce qui aurait tendance à confirmer le diagnostic du Dr A \_\_\_\_\_ visant une amélioration de l'atteinte. Quant aux problèmes psychiques évoqués par l'assuré dans son écriture du 3 mai 2010, soit bien après que l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ ait été rendue, ils n'ont jamais été relevés dans la demande en révision et il ne sauraient être pris en compte à ce stade de la procédure. Ils ne sont de surcroît étayés par aucun document médical probant et n'ont jamais été constatés dans aucune des expertises faites jusque-là. Il appartiendra ainsi à l'assuré le cas échéant de faire valoir ce grief dans le cadre d'une nouvelle demande déposée auprès de l'intimé.

### **E. 9**

Dans la mesure où la dernière expertise du Dr A \_\_\_\_\_ présente tous les réquisits nécessaires pour lui voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, il n'y a aucun motif de s'en écarter. Les pathologies invoquées par l'assuré à l'appui de sa demande en révision n'ayant abouti à aucune modification de sa capacité de travail par rapport à ce qui avait été retenu en 2006 par le Dr A \_\_\_\_\_, force est de constater qu'il n'y a pas lieu de réviser l'arrêt du 6 mai 2008. Par conséquent la demande en révision est rejetée.

A/3781/2007 - 11/11 -

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