

GE_GERICHTE ATAS/1246/2012 vom 4. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1246_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1246/2012 du 4 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1246/2012 del 4 ottobre 2012

Erwägungen

E. 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, 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). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

A/3497/2011 - 9/14 -

E. 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.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité depuis la décision de rejet rendue par l'intimé en janvier 2007. Mais en premier lieu, il convient de se pencher sur le grief de manque de motivation et de violation du droit d'être entendu invoqué par le recourant.

E. 5

Ce dernier soutient en effet que son droit d'être entendu aurait été violé dans la mesure où le manque de motivation de la décision litigieuse, d'une part, et le fait que l'avis du SMR sur lequel l'intimé s'est basé ne lui a pas été communiqué, d'autre part, l'auraient mis dans l'impossibilité de motiver son recours correctement. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 2a, 375 consid. 3b). Selon la jurisprudence (consid. 4 de l'arrêt A. du 27 mars 2001, H 249/00 et H 256/00), en découle également, pour le justiciable, le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité est ainsi tenue de motiver ses décisions ; il suffit que l'assuré puisse se rendre compte de la portée de la décision prise à son égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 181 consid. 1a ; 124 II 149 consid. 2a et réf. citées). Tel est le cas en l'espèce. S'il est vrai que la motivation de la décision litigieuse n'est pas longue, il en ressort néanmoins clairement que l'OAI rejette la nouvelle demande de l'assuré en se fondant sur l'avis de son SMR, dont il est précisé qu'il estime que « le rapport du Dr V_____ fait état d'une pathologie urologique bénigne, bien contrôlée par le traitement, en présence d'une fonction mictionnelle normale, qui ne saurait justifier une quelconque invalidité ». Dans ces conditions, on ne saurait considérer que le recourant était dans l'impossibilité d'« argumenter correctement son recours ». On relèvera par ailleurs que l'assuré, dûment informé des intentions de l'OAI par l'envoi d'un projet de décision le 31 octobre 2006, a été entendu le 11 décembre 2006. On ajoutera que selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'il y en ait eu une - est réparée lorsque la

A/3497/2011 - 10/14 - partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références). En admettant même qu'il y ait eu violation mineure du droit d'être entendu du recourant - ce que la Cour ne pense pas -, celle-ci a été réparée devant la juridiction de céans. Ce premier grief doit donc être écarté.

E. 6

Reste à examiner s'il y a eu aggravation de l'état de santé du recourant depuis janvier 2007.

E. 7

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]). 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 sa décision antérieure est bref. 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 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 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité 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 prestations, 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. 8

Est réputée incapacité de travail 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, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A/3497/2011 - 11/14 - 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 9

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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

A/3497/2011 - 12/14 - Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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).

E. 10

En l'espèce, le recourant invoque la perte de vision de son œil gauche. Or, il a admis que cette perte remonte à 2000. Il n'y a donc là aucune aggravation au sens de l'assurance-invalidité. Le recourant argue que l'aggravation se situe plutôt au niveau de son œil droit. A cet égard, le médecin spécialiste a toutefois indiqué que l'atteinte au niveau de l'œil droit était en grande partie corrigée et qu'elle était quoi qu'il en soit sans conséquences sur la capacité de travail, l'exercice d'une activité adaptée restant possible à 100%. Un inconfort au niveau des zones ORL a également été invoqué, dont le médecin traitant a cependant admis qu'il était sans influence sur la capacité de travail de son patient. L'obésité a déjà été invoquée en 1994 par le médecin-traitant. Même si elle s'est aggravée, on ne saurait considérer le syndrome métabolique évoqué comme invalidant dans la mesure où le début de diabète a été enrayeré par le traitement et où un taux élevé de cholestérol n'induit aucune incapacité de travail. Reste le prostatisme. Certes, il s'agit là d'un nouveau diagnostic. Cependant, ainsi que l'a déjà rappelé notre Haute Cour dans son arrêt du 6 mars 2006 à l'égard du recourant, sont seuls déterminants les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, et, partant, sur la capacité de gain de l'assuré. En soi, un diagnostic ne signifie pas encore qu'il existe une atteinte ayant valeur de maladie ou des effets sur la capacité de travail et de gain (arrêt I 711/2004 consid. 3). Or, en l'occurrence, le Dr V_____ a précisé que le traitement avait permis de diminuer les urgences

mictionnelles et leur fréquence. Il a ajouté avoir constaté à l'examen une vessie de bonne capacité, sans irrégularité suspecte et une débitmétrie mictionnelle parfaitement normale. Dans ces conditions, il paraît tout à fait légitime de conclure

A/3497/2011 - 13/14 - que le prostatisme diagnostiqué n'a pas aggravé l'état de santé de l'assuré au point d'influencer son droit aux prestations. Eu égard à ce qui précède, il apparaît qu'aucune des nouvelles atteintes invoquées par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande ne constitue une aggravation susceptible d'influencer sa capacité de travail et de gain et, partant, son droit aux prestations. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté sa demande.

A/3497/2011 - 14/14 - 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.