

GE_GERICHTE ATAS/1265/2013 vom 19. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1265_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1265/2013 du 19 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1265/2013 del 19 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans a déjà examiné, dans son ordonnance du 28 février 2013, les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours interjeté contre la décision du 17 août 2012, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/206/2013).

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 17 août 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Dans ses écritures des 18 septembre et 8 novembre 2012, le recourant conclut à la reconsidération de la décision initiale de refus de rente du 11 février 2009, au motif qu'elle serait manifestement erronée. Suite aux conclusions auxquelles sont parvenus les experts, l'intimé estime également que sa décision initiale de refus de rente est manifestement

erronée (écriture du 7 novembre 2013).

A/2839/2012 - 12/18 -

E. 5

La reconsidération d'une décision entrée en force est expressément prévue à l'art. 53 al. 2 LPGA. L'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

L'administration ne peut être tenue ni par la personne concernée, ni par le juge saisi à procéder à la reconsidération d'une décision formellement passée en force et il n'existe dès lors aucun droit judiciairement imposable à la reconsidération (ATF 133 V 50 consid. 4.2.1 et 4.2.2; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; ATF non publié 9C_447/2007 du 10 juillet 2008, consid. 1). En revanche, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération, se prononce sur la réalisation des conditions requises pour y procéder, mais confirme sa décision initiale, la nouvelle décision peut donner lieu à un recours, l'objet du litige étant toutefois limité, en pareil cas, aux questions de savoir si la décision formellement passée en force était certainement erronée et/ou si sa rectification revêt une importance notable (ATF 117 V 8 consid. 2a et consid. 2d).

E. 6

En l'occurrence, comme l'a déjà relevé la Cour de céans dans son ordonnance d'expertise du 28 février 2013, la procédure ayant abouti à la décision querellée ne se situe pas dans le cadre d'une demande de reconsidération de la décision du

E. 11

Par ailleurs, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

A/2839/2012 - 15/18 - l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 12

En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 11 février 2009 entrée en force, refusé au recourant l'octroi d'une rente. Les atteintes somatiques dont il souffrait ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle depuis le 7 mars 2005, mais l'exercice d'une activité adaptée à 100% était exigible de sa part depuis cette date. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 10 août 2010, l'intimé a procédé à une

instruction médicale. En se fondant sur l'avis du SMR du 29 novembre 2011, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié et que la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière dès le 7 mars 2005, ce que conteste le recourant. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a été soumis à une expertise neurologique, pneumologique et d'infectiologie. Par rapports des 12 mai, 3 juin, 23 juillet et 7 octobre 2013, le Dr J _____, spécialiste FMH en pneumologie, le Dr I _____, spécialiste FMH en neurologie, et le Prof. H _____, spécialiste en maladies infectieuses, ont diagnostiqué une maladie HIV stade B2 compliquée d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive de classe D sans insuffisance respiratoire, d'une HIV- associated neurocognitive disorders (HAND), d'une myélopathie HIV avec atrophie et hypersignal des cordons postérieurs et d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome d'étiologie toxico-carencielle ou liée à l'infection HIV, une forme polynévritique, douloureuse et symétrique. Les experts ont expliqué qu'ils avaient observé depuis février 2009, une légère péjoration des trois systèmes pneumologique, neurologique et infectiologique avec, sur le plan pulmonaire, une exacerbation de la bronchite chronique du recourant, sur le plan neurologique, une péjoration neurophysiologique avec une ataxie sévère malgré une stabilité de l'imagerie et enfin, sur le plan infectiologique, le passage de la catégorie CDC de la maladie HIV A1 à B2, soit une progression de la maladie, même si cette dernière est bien contrôlée au moyen de sa trithérapie actuelle. S'agissant des limitations engendrées par les diagnostics, les experts ont retenu que les troubles entraînent une sévère limitation fonctionnelle chez le recourant, en particulier l'important syndrome ataxique lié à une myélopathie cordonale postérieure compliquée d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice et autonome avec une démarche difficile, instable, limitant son périmètre de marche, associée à une perte progressive de sa dextérité manuelle. Le recourant devait éviter les activités physiques significatives, celles nécessitant la marche ou les changements de positions fréquents, le travail avec les bras au-dessus de la tête, tout port de charge lourde et les milieux empoussiérés. Le recourant ne pouvait reprendre une activité professionnelle nécessitant une position verticale prolongée. Il n'existait pas d'activité adaptée au handicap actuel du recourant, ou peut-être une

A/2839/2012 - 16/18 - activité minimale de bureau simple. Selon les experts, l'exercice d'une activité adaptée ne pouvait être raisonnablement exigible de la part du recourant. Enfin, ils ont relevé qu'ils seraient probablement déjà arrivés aux mêmes conclusions en 2009. La Cour de céans constate que les rapports établis par les trois experts se basent sur des examens du recourant et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que les rapports d'expertise remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante, ce que les parties reconnaissent également. Par ailleurs, il convient de relever qu'aucun autre spécialiste n'a émis une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions des experts et que le SMR estime qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter (avis du 6 novembre 2013). Il sera par conséquent retenu qu'en raison des atteintes à la santé dont souffre le recourant, celui-ci présente une incapacité de travail totale dans toute activité à compter de février 2009. Force est donc de constater que la capacité de travail du recourant

s'est effectivement péjorée depuis la décision initiale du 11 février 2009, puisque celle-ci avait retenu que le recourant présentait, en raison de ses atteintes somatiques, une incapacité de travail certes totale dans son activité habituelle dès le 7 mars 2005, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis cette date.

E. 13

Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant.

E. 14

a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/2839/2012 - 17/18 - b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

E. 15

En l'occurrence, il n'est pas contesté que depuis le 7 mars 2005, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et qu'à compter de février 2009, sa capacité de travail dans une activité adaptée est nulle. L'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100%, laquelle donne droit à une rente entière. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 10 août 2010, le droit à la rente entière a pris naissance le 10 février 2011, soit à l'échéance de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Compte tenu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière dès le 1er février 2011.

E. 16

Par conséquent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, le recourant ayant droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2011. La demande de reconsidération de la décision du 11 février 2009 sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de rendre une décision sur cette demande.

E. 17

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de

la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/2839/2012 - 18/18 - 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.