

GE_GERICHTE ATAS/1282/2008 vom 6. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1282_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1282/2008 du 6 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1282/2008 del 6 novembre 2008

Erwägungen

E. 8

L'examen psychiatrique a été effectué en date du 5 août 2003 par la Dresse D _____, laquelle a signé son rapport du 24 septembre 2003 "psychiatre FMH" (pièce 33 OCAI).

E. 9

Elle a retenu les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue de type primaire, et trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il a été relevé que dès l'âge de 16 ans, le parcours de l'assuré avait été marqué par la présence d'un alcoolisme chronique primaire avec une évolution allant en s'aggravant. L'examen psychiatrique n'avait montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique. Le diagnostic d'état anxio-dépressif à caractère dyssocial posé par le médecin-traitant n'a pas été mis en évidence. En revanche, il a été indiqué que l'assuré présentait des traits dépressifs dans le cadre d'un alcoolisme chronique et d'une situation d'insécurité financière, pas assez sévères cependant pour justifier un diagnostic de dysthymie ou de trouble dépressif chronique d'intensité légère. Aucun argument n'a été trouvé non plus pour un syndrome somatoforme douloureux. Finalement, le SMR a conclu à une capacité de travail exigible à plein temps dans une activité respectant un besoin d'encadrement, tout en gardant son indépendance, comme par exemple celle d'artisan ou de dépanneur.

A/3965/2007 - 4/11 -

E. 10

Par décision du 20 avril 2004, l'OCAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré que la dépendance à des substances toxiques ne constituait pas, dans son cas, une invalidité - la dépendance à l'alcool n'étant ni la conséquence ni l'origine d'une atteinte à la santé invalidante - et qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé substantielle susceptible de réduire sa capacité de travail et de gain.

E. 11

Cette décision a été confirmée sur opposition en date du 15 février 2005. L'OCAI a confirmé que la limitation à la capacité de travail de l'assuré n'était que consécutive à sa dépendance à l'alcool, laquelle n'avait ni provoqué de maladie ou d'accident entraînant une atteinte à la santé physique ou mentale, ni été la conséquence d'une telle atteinte.

E. 12

En date du 6 mars 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

E. 13

Par courrier du 27 juin 2006, l'OCAI a attiré son attention sur la disposition selon laquelle il devait, dans le cadre de sa demande de révision, établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a été demandé en conséquence de faire parvenir à l'OCAI tous les documents utiles permettant de rendre évidente l'aggravation de l'état de santé invoquée.

E. 14

Après plusieurs rappels, l'assuré a finalement produit un certificat médical établi en date du 12 décembre 2006 par le Dr Nicolas F_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Ce dernier y indique le suivre depuis novembre 2005 pour des dorso- lombalgies chroniques sur trouble de la statique liées à une ancienne maladie de Scheuermann. Il ajoute que le patient ne travaille plus depuis huit ans à cause de ses douleurs rachidiennes et que depuis qu'il le suit, il a développé une mono-arthrite d'un poignet, puis des douleurs de type inflammatoire au niveau de la cheville. Le tableau clinique évoque une goutte avec une hyperuricémie. Le médecin a ajouté qu'un bilan biologique avait montré des anomalies aux tests hépatiques et que des investigations seraient réalisées par le médecin-traitant. Enfin, il a mentionné que le patient se plaignait essentiellement de rachialgies, mais également de douleurs de la face externe des deux hanches et de la région des épaules.

E. 15

Ce document a été soumis au Dr E_____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie au SMR, qui, en date du 27 juin 2007, a émis l'opinion qu'il n'apportait aucun élément médical nouveau puisque les dorso-lombalgies étaient chroniques et qu'aucune aggravation n'était décrite. Quant à la pathologie goutteuse, il a jugé qu'elle était transitoire et traitable. Enfin, le Dr E_____, a émis l'hypothèse que l'anomalie des tests hépatiques était peut-être en relation avec la consommation alcoolique décrite dans le dossier, et certainement pas invalidante en soi.

E. 16

Le 2 juillet 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il lui indiquait qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle

A/3965/2007 - 5/11 - demande de prestations au motif qu'il n'avait apporté aucun élément médical nouveau permettant de reprendre l'instruction du dossier.

E. 17

Par courrier, l'assuré a manifesté son opposition à l'égard de ce projet de décision en alléguant que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager la moindre activité quotidienne.

E. 18

Par décision du 25 septembre 2007, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer son droit aux prestations.

E. 19

Par courrier du 22 octobre 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue que depuis l'âge de seize ans, date à laquelle il a souffert d'une maladie de Scheuermann, il ne peut vivre normalement en raison des douleurs dorsales qu'il endure; il soutient que

depuis deux ans, s'y sont ajoutées des douleurs dans les jambes; il explique quelles sont les limitations qui sont les siennes et en tire la conclusion qu'il ne pourrait respecter un horaire de travail normal.

E. 20

Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 15 novembre 2007, a conclu au rejet du recours. Il souligne que le recourant lui-même admet que les troubles dont il souffre sont présents depuis de nombreuses années; or, ils ont été considérés comme non invalidants par décision confirmée sur opposition en date du 15 février 2005 et entrée en force.

E. 21

Une audience s'est tenue en date du 28 février 2008, au cours de laquelle a été entendu le Dr F_____. Ce dernier a indiqué suivre l'assuré depuis le 7 novembre 2005 pour des douleurs dorsales et lombaires évoluant depuis l'adolescence dont le patient lui a indiqué qu'elles se sont aggravées peu de temps avant qu'il vienne le consulter pour la première fois. Le témoin a indiqué que les dernières radios ont été pratiquées en 2003 et ont montré une ancienne maladie de Scheuermann, des problèmes statiques (scoliose lombaire et dorsale) et quelques problèmes dégénératifs. L'examen clinique n'a pas montré de contracture mais des douleurs à la mobilisation. Selon le Dr F_____, les problèmes du patient consistent en des dorsolombalgies chroniques, une arthrite au poignet gauche et à la cheville droite (il a soupçonné une goutte), une polyneuropathie des membres inférieurs possiblement influencée par l'alcool et des problèmes du foie pour lesquels il a renvoyé l'assuré à son médecin traitant. Ces atteintes entraînent des limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de lourdes charges ainsi que les mouvements répétés de la colonne et la station debout prolongée.

Selon le médecin, l'état de santé de l'assuré est relativement stable depuis 2005.

A/3965/2007 - 6/11 - Le témoin a enfin émis l'opinion qu'au vu des plaintes du patient, un examen somatique devrait être pratiqué.

E. 22

Quant au recourant, entendu en comparution personnelle, il a indiqué être suivi depuis un mois par le Dr G_____, psychiatre, qui lui a prescrit des antidépresseurs. Ces derniers ont cependant pour effet de détendre ses muscles et d'augmenter ses douleurs. Le recourant a précisé que depuis 2006 environ, ses douleurs se sont aggravées au point qu'elles l'empêchent de dormir, ce qui entraîne une grande fatigabilité.

E. 23

Après avoir soumis les procès-verbaux au SMR, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que les faits rapportés par les médecins étaient connus de longue date. A l'appui de sa position, l'OCAI a produit un avis médical émis le 19 mars 2008 par le Dr E_____. Ce médecin indique brièvement qu'il estime que le courrier de l'assuré et son audition n'ont pas apporté d'élément médical nouveau. De l'audition du Dr F_____, il retient que ce dernier n'a pas estimé nécessaire de faire de nouvelles radiographies, qu'il n'y a pas de contractures à l'examen clinique et que les douleurs décrites à la mobilisation sont, par définition, subjectives. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V 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'article 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. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 3. 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 plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel 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, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée en mars 2006, le litige porte sur le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/3965/2007 - 7/11 - 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 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment 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). 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations présentée par l'assuré en mars 2006. 5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, 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 ample examen 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 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 la question de 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).

A/3965/2007 - 8/11 - 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 LPGA. 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 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). 6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière au motif que l'assuré n'a pas rendu plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Le Tribunal de céans est par conséquent autorisé à examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière. Il convient donc d'examiner si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27). En l'espèce, il est vrai qu'une année seulement s'est écoulée entre le refus initial de prestations - objet de la décision sur opposition du 15 février 2005 - et la nouvelle demande. L'Office était donc en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations que le laps de temps qui s'était

A/3965/2007 - 9/11 - écoulé depuis sa décision antérieure était bref (ATF 109 V 114 consid. 2b; voir aussi ATF 130 V 70 consid. 6.2). Cependant, force est de constater - étant rappelé qu'il n'est nul besoin que la preuve soit pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue - que le Dr F_____, dans son certificat du 12 décembre 2006, a indiqué que le tableau clinique évoquait une goutte avec hyperuricémie. Il a ajouté que des anomalies avaient été décelées aux tests hépatiques et que des investigations étaient en cours. Il a enfin précisé que le patient se plaignait non seulement de rachialgies mais également de douleurs de la face externe des deux hanches et de la région des épaules. Il apparaît donc plausible qu'une aggravation soit intervenue dans la mesure où le diagnostic de goutte n'avait pas été évoqué auparavant et où le médecin a rapporté que le patient se plaignait d'une augmentation des douleurs intervenue en 2005. Entendu par Tribunal de céans, le Dr F_____ a certes indiqué que l'état du patient était relativement stable mais cette appréciation porte sur la période postérieure au moment où l'intéressé l'a consulté pour la

première fois, en novembre 2005. Il faut donc admettre qu'une aggravation a été rendue plausible, étant rappelé que peu importe à ce stade de savoir si cette aggravation sera ensuite confirmée par des investigations plus approfondies et encore si elle est susceptible d'influencer le droit aux prestations du recourant. Dans ces conditions, il apparaît que l'intimé aurait donc dû entrer en matière. Dans cette mesure, il lui incombait de vérifier d'une part, si les investigations en cours annoncées par le Dr F_____ avaient été menées à bien et quelles étaient leurs conclusions, sur le plan hépatique notamment, d'autre part, si l'aggravation des douleurs rapportée par le Dr F_____ pouvait être corroborée par de nouvelles radiographies, étant relevé que les dernières remontaient à 2003; faute de nouveaux examens, l'intimé n'a pu procéder à une comparaison objective de la situation. Par ailleurs, il est apparu que l'assuré est suivi depuis peu par un psychiatre. C'est le lieu de souligner que la seule psychiatre s'étant prononcée jusqu'alors sur le dossier est la Dresse D_____. Or cette dernière, en signant son rapport "psychiatre FMH" s'est prévalu d'un titre auquel elle ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale; elle ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Ainsi que l'a jugé notre Haute Cour, ces irrégularités d'ordre formel liées à la personne du médecin examinateur et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007, I 65/07, notamment). Dès lors, la valeur probante de l'appréciation médicale du 5 août 2003 est sujette à caution. Certes, le Tribunal de céans ne saurait contraindre l'autorité intimée à reconsidérer sa décision initiale, désormais entrée en force, mais compte tenu du fait que des

A/3965/2007 - 10/11 - investigations complémentaires doivent quoi qu'il en soit être menées pour vérifier l'influence de l'aggravation de l'état de santé du recourant sur son droit à des prestations, il pourrait s'avérer judicieux d'interroger également le psychiatre- traitant de l'assuré. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après être entré en matière, procède à une instruction complémentaire et se détermine sur l'éventuelle incidence de l'éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant sur son droit aux prestations.

A/3965/2007 - 11/11 -

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