

GE_GERICHTE ATAS/1395/2008 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1395_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1395/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1395/2008 del 28 novembre 2008

Erwägungen

E. 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.

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

A/4022/2007 - 8/13 - 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).

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'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale du 1er novembre 2005 au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 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

A/4022/2007 - 9/13 - l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. 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 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. 6

Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V

133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1

A/4022/2007 - 10/13 - LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est

dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

A/4022/2007 - 11/13 - 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. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

E. 8

En l'espèce, le refus de prestations initial était fondé sur les rapports d'expertise des Drs B _____ et C _____. Le premier a conclu à une capacité de travail totalement préservée dans une activité évitant le port de charges, dans l'horlogerie, la petite mécanique ou la vente, par exemple. Le second a conclu à un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale de gravité tout au plus légère, n'entravant en rien la capacité de travail. Depuis lors, le Dr D _____ a fait état d'une aggravation de l'état dépressif et de la surdité et a estimé la capacité de travail à 50%. Le Dr G _____ a conclu à un épisode dépressif moyen et à une aggravation de l'état dépressif. C'est à juste titre que la recourante reproche à l'OCAI de s'être livré à une appréciation théorique ; plutôt que de se prononcer véritablement sur l'aggravation invoquée par le Dr D _____ en 2007, il a préféré interpréter les dires de ce dernier en se référant à ses déclarations précédentes et à l'expertise du Dr C _____, alors même qu'un nouveau médecin, en la personne du Dr G _____, avait également évoqué une aggravation de l'état psychique – aggravation d'autant plus plausible que le Dr H _____ avait déjà parlé, quelques années plus tôt, d'une dépression débutante – et que le Dr E _____ avait confirmé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué que de nouveaux examens avaient montré un syndrome fémoro-rotulien bilatéral, lequel n'avait pas encore été pris en compte par l'OCAI dans son appréciation. Dans la mesure où l'aggravation avait ainsi été rendue plausible – ce que l'Office a reconnu en acceptant d'entrer en matière – il eût été souhaitable qu'il examinât de manière plus approfondie ses conséquences sur le droit aux prestations. Cette manière de faire discutable ne prête cependant pas à conséquence en l'occurrence, dans la mesure où il s'avère que l'aggravation attestée par le Dr D _____, le Dr G _____ et le Dr E _____ n'a pas d'influence sur le droit aux prestations de la recourante.

A/4022/2007 - 12/13 - En effet, le Dr F _____ a constaté que la surdité ne s'était pas modifiée de façon notable et que l'assurée est appareillée depuis des années. Quant au syndrome fémoro-rotulien bilatéral, il a pour conséquence, selon le Dr E _____, que l'assurée ne peut emprunter les escaliers de manière régulière ni travailler en position accroupie. Or, dans son appréciation initiale, l'intimé avait déjà retenu que l'assurée n'avait une capacité de travail entière que dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant le port de charges. Il avait retenu des activités légères telles que l'horlogerie, la vente ou la petite

mécanique, lesquelles respectent les nouvelles limitations évoquées par le Dr E_____. Quant à l'aggravation psychique, force est de constater qu'elle n'est plus d'actualité puisque le Dr G_____ a indiqué qu'à l'heure actuelle, l'état psychique de sa patiente n'est pas invalidant. Il ne l'a pas été non plus entre 2005, date de l'aggravation alléguée, et fin 2007, date de l'amélioration puisque, au pire, il s'est agi d'un état dépressif moyen, que la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, estime qu'il ne saurait constituer une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes (cf. notamment ATFA I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 4.2.2) pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ou à la fibromyalgie qu'il accompagne. Quant aux autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie, ils n'étaient pas non plus réalisés en l'espèce dans la mesure où il n'y a ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni "état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique" – preuve en est que l'état psychique de l'assurée s'est amélioré depuis au point de ne plus être incapacitant -, ni échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art. Il ressort de ce qui précède que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'a aucunement influencé son droit aux prestations dans la mesure où les activités retenues par l'intimé comme exigibles lors de sa décision initiale le sont toujours. C'est par conséquent à juste titre qu'il a rejeté la demande de prestations.

A/4022/2007 - 13/13 -

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