

GE_GERICHTE ATAS/1407/2008 vom 19. Januar 2004

GE Cour de justice, 2004-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1407_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1407/2008 du 19 janvier 2004

IT: GE_GERICHTE ATAS/1407/2008 del 19 gennaio 2004

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 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 c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 2 février 2005. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis que l'OCAI lui a une première fois nié le droit à toute prestation, c'est-à-dire depuis le 2 avril 2004, date de la décision initiale, et, dans l'affirmative, si cette aggravation confère au recourant le droit à des

prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à la demi-rente qu'il réclame.

E. 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

A/3918/2007 - 10/15 - 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), 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 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).

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).

A/3918/2007 - 11/15 - 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 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). 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

A/3918/2007 - 12/15 - 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.

E. 8

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré puisqu'il a rendu une décision de refus de prestations plutôt qu'une décision de refus d'entrer en matière. L'OCAI s'est basé essentiellement sur l'avis du Dr F _____, du SMR. Au moment de la décision initiale de l'OCAI (le 19 janvier 2004), les diagnostics posés étaient

les suivants : fibromyalgie (cf. rapport du Dr A_____ du 5 mai 2003), syndrome vertébral douloureux chronique dans le cadre d'un trouble de la statique, très discrets troubles dégénératifs interapophysaires postérieurs L3-L4 à droite et protrusion L5-S1 médiane et paramédiane gauche, syndrome cervico-brachial plus marqué à gauche dans le cadre de troubles de la statique et très discrète spondylose postérieure C4 à C6 et dysbalance musculaire, périarthrite scapulo-humérale bilatérale dans le cadre d'un début de conflit sous-acromial bilatéral plus marqué à gauche avec tendinopathie dégénérative centrale sans déchirure et lésion dégénérative intra-méniscale stade I à II et discrète chondropathie fémoropatellaire à gauche et status post-excision d'une excroissance pied gauche en 1995 (cf. rapport du SMR du 23 septembre 2003). Malgré ces atteintes, l'OCAI avait jugé que l'on pouvait attendre de l'assuré qu'il travaille à un taux plus élevé que 50 %, à condition que ses limitations fonctionnelles soient respectées (éviter les positions statiques debout ou assis dépassant deux heures, le travail prolongé en flexion-torsion du tronc et en porte-à-faux, le fait de porter plus de 20 kg occasionnellement et 5 kg régulièrement, le travail les bras au-dessus de l'horizontale). L'OCAI a considéré par ailleurs que le travail exercé par l'assuré au Musée répondait à ces critères et qu'il pourrait donc l'exercer à plein temps, de sorte qu'il ne subissait aucune perte de gain. Le recourant motive sa nouvelle demande par une aggravation de son état de santé, sur le plan psychique, surtout. Sur le plan physique, on ne peut en effet considérer qu'il y a eu aggravation. Certes, le Dr D_____ a produit un compte-rendu de la Dresse E_____, radiologue, daté du 10 octobre 2005, faisant état d'une ostéopénie un peu plus importante au niveau du squelette axial, avec une perte de 21 % de la densité osseuse et de 16 % au niveau du squelette périphérique. Cependant, il ressort de la lecture du rapport du service des maladies osseuses des HUG qu'il n'existe aucun argument clinique, radiologique ou biologique permettant de conclure à fragilité osseuse.

A/3918/2007 - 13/15 - Certes, le Dr A_____, dans un rapport du 25 mai 2007, a rappelé le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec arthrose et a fait état d'une aggravation des douleurs. Dans la mesure où il a émis l'avis que l'activité pratiquée n'est plus exigible qu'à mi-temps, on peut en conclure qu'il y a eu aggravation. On ne peut cependant encore conclure que cette aggravation se traduit par l'ouverture d'un droit à la rente. En effet, dans la mesure où le recourant est atteint d'un syndrome douloureux, il faut se référer à la jurisprudence applicable en la matière, qu'il convient de rappeler ici. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de

travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. S'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne

A/3918/2007 - 14/15 - devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). En l'espèce, la question de savoir si le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif d'intensité moyenne peut ou non être posé, ce que conteste même l'intimé, peut rester ouverte, dans la mesure où force est de constater que même si ce diagnostic est fondé, le trouble somatoforme dont est atteint le recourant ne peut se voir reconnaître un caractère invalidant eu égard à la jurisprudence rappelée supra. En effet, il ressort des explications du Dr D _____ que l'état dépressif récurrent est apparu en 2004, soit postérieurement aux douleurs, de sorte qu'il ne constitue en principe pas une comorbidité suffisamment grave et durable pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme. D'autant que le médecin a indiqué qu'il avait varié de léger à moyen. En conséquence, l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux, au sens voulu par la jurisprudence constante n'est pas avérée en l'espèce dans la mesure où les éléments au dossier ne permettent pas de considérer que la problématique psychique serait intervenue avant la symptomatologie douloureuse. La reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux) peut cependant reposer sur la réalisation d'autres critères qui doivent revêtir une intensité et une constance certaines. En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Dans le cas d'espèce, elles sont présentes sous la forme de troubles dégénératifs de la colonne, protrusion, spondylose et périarthrite scapulo-humérale bilatérale notamment. Ce critère est donc rempli mais il n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI). Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que le recourant souffre depuis plusieurs années. Cependant, on n'observe aucune perte d'intégration sociale et l'état psychique de l'assuré n'est pas cristallisé puisqu'il est susceptible de fluctuations relativement importantes. En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Il suit de ce qui précède que le recours est mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté.

A/3918/2007 - 15/15 -