

# **GE\_GERICHTE ATAS/206/2013 vom 28. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_206\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_206_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/206/2013 du 28 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/206/2013 del 28 febbraio 2013

## **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), 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

A/2839/2012 - 8/15 - 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Formé dans le délai et la forme prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

### **E. 2**

Se pose, en premier lieu, la question de savoir si la Cour peut revoir la décision de février 2009, comme le lui demande le recourant. a. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 87 al. 2 et 3 RAI; anciennement art. 87 al. 3 et 4 RAI; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_953/2011 du 25 octobre 2012, consid. 2) et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5, non publié in ATF

135 I 1; ATF 127 V 469 consid. 2c; 125 V 369 consid. 2).

A/2839/2012 - 9/15 - c. La révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA a pour but de permettre de modifier des décisions passées en force lorsque des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve sont découverts, qui ne pouvaient être produits auparavant. d. En l'espèce, le recourant n'a pas fait valoir, dans le cadre de la seconde demande de prestation, que la décision de 2009 était manifestement erronée ou que des faits nouveaux importants étaient apparus, qui n'avaient pas pu être documentés en 2009. Il a, au contraire, soutenu que sa situation médicale s'était péjorée. Dans le cadre de son droit d'être entendu, il a encore insisté sur l'aggravation notable de son état de santé. L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestation et a rendu une décision retenant l'absence de péjoration justifiant la révision de la décision de 2009. Le litige se place donc dans le contexte d'une révision au sens de l'art. 87 RAI, respectivement de l'art. 17 LPGA, et non d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En effet, le recourant connaissait l'ensemble des affections dont il souffrait en février 2009. Il ne soutient pas avoir découvert subséquemment une atteinte préexistante ni qu'il n'aurait pas pu apporter les éléments médicaux relatifs aux troubles de la santé qu'il rencontrait en 2009. Enfin, l'intimé aurait pu jusqu'au stade de sa réponse dans la présente procédure reconsidérer sa décision (art. 53 al. 3 LPGA), ce qu'elle a toutefois choisi de ne pas faire. A teneur de la jurisprudence, une reconsidération ne peut intervenir par l'autorité de recours que pour confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (cf. consid. 2c). La présente espèce ne se situe pas dans un tel contexte, de sorte que seule entre en considération la révision au sens de l'art. 87 RAI, respectivement de l'art. 17 PLGA. e. Il convient ainsi d'examiner si des changements importants des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité sont survenus depuis février 2009. En février 2009, le recourant souffrait d'une myélopathie d'origine indéterminée, d'un emphysème pulmonaire, d'un ulcère pylorique et d'une oesophagite et était porteur du virus HIV. Avaient également été observés des troubles de la sensibilité des quatre extrémités, un syndrome du tunnel carpien, un syndrome cordonnal postérieur, une atrophie de la moëlle cervicale, un syndrome obstructif sévère, une discarthrose et une polyneuropathie sensitive axonale. Un bilan neuropsychologique réalisé en 2005 avait montré un léger dysfonctionnement exécutif et des performances mnésiques. Les limitations fonctionnelles impliquaient que l'assuré évite les mouvements répétitifs de force et le port de charges, la position au-dessus de l'horizontale, les positions penchées en avant en porte-à-faux, les mouvements de flexion et de torsions, les déplacements et les stations debout prolongées. Le stage effectué en 2008 aux EPI avait confirmé ces limitations et mis, en sus, en exergue les problèmes d'équilibre et la perte régulière de la maîtrise

A/2839/2012 - 10/15 - d'objets dans ses mains. Enfin, en raison des problèmes pulmonaires, une activité en milieu empoussiéré n'était pas envisageable. En août 2012, les troubles de la marche du recourant ont été qualifiés d'importants par le Dr D\_\_\_\_\_ et de sévères par l'expert neuropsychologue; il semble ainsi que ces troubles aient augmenté. L'insuffisance respiratoire sur syndrome obstructif sévère connaissait des hauts et des bas, notamment à la suite d'une surinfection. Le bilan neuropsychologique des troubles cognitifs de sévérité modérée effectué en 2010 avait montré une augmentation de ceux-ci par rapport à celui de 2005. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait réintroduit un traitement antirétroviral en mars 2010 et préconisé une réévaluation desdits troubles en mars 2011. Le neuropsychologue mis

en œuvre par l'intimé a, certes, constaté que le tableau neuropsychologique était stable par rapport à 2005 et 2010. Il a toutefois expliqué qu'il n'était pas compétent pour s'exprimer sur les questions neurologiques, notamment sur les limitations physiques induites par les troubles physiques de santé. Lors du stage effectué aux EPI en été 2009, il a été constaté qu'outre ses pertes régulières d'équilibre en position debout et les pertes d'objets qu'il tenait dans ses mains, le recourant rencontrait des difficultés dans la précision des gestes ainsi que de la fatigue et des troubles visuels dans les activités nécessitant une attention visuelle soutenue. Ces éléments n'étaient pas apparus auparavant. Au contraire, le rapport de stage de 2008 avait conclu que "la précision est correcte, il peut travailler dans le millimètre" et l'évaluateur avait noté l'absence de signes de fatigue; le rythme de travail était bon. Le constat fait par les EPI en 2009 s'agissant des problèmes visuels est partagé par l'expert neuropsychologue qui a indiqué que la mémoire "en modalité visuelle" n'était pas bonne, sans pouvoir se l'expliquer. Dans son rapport du 8 novembre 2011, la Dresse A \_\_\_\_\_ a observé que les troubles de sensibilité dans les extrémités augmentaient ("le patient présente [...] progressivement des troubles de sensibilité"). Par ailleurs, elle a également évoqué les problèmes de coordination des membres supérieurs rendant tout travail de précision désormais impossible. Enfin, des épisodes de douleurs au niveau thoracique, survenus au cours de l'année 2009, ont conduit à des investigations cardiologiques, qui ont mis en évidence la dilatation de l'aorte abdominale et de la racine aortique. Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis février 2009. L'incapacité d'effectuer des gestes de précision et les troubles visuels (dans toute activité nécessitant une attention visuelle soutenue; problème de mémoire visuelle constaté par le neuropsychologue) ainsi que les problèmes cardiaques sont susceptibles - conjugués avec les autres troubles que rencontre le recourant - d'influer sur sa capacité de travail.

A/2839/2012 - 11/15 - Les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas à la Cour de se déterminer sur la date à laquelle la péjoration s'est produite ni dans quelle mesure l'état de santé du recourant a évolué et restreint sa capacité de travail. Il y a ainsi lieu d'ordonner une expertise médicale. Compte tenu des atteintes multiples à la santé du recourant, les compétences d'un neurologue, d'un pneumologue et d'un spécialiste des maladies infectieuses sont requises. Ces spécialistes demeurent libres de s'adjoindre les avis d'autres spécialistes, si ceux-ci paraissent nécessaires pour dresser un tableau complet de l'état de santé du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de l'exigibilité de sa capacité de travail.

### **E. 3**

Constatations objectives

### **E. 4**

Quel est votre diagnostic ?

### **E. 5**

L'état de santé de Monsieur P \_\_\_\_\_ s'est-il péjoré depuis le mois de février 2009 ?

### **E. 6**

Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ?

### **E. 7**

L'atteinte neurologique a-t-elle une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé ? Si oui, quel était le taux de l'incapacité de travail liée aux atteintes neurologiques en août 2010 ? Comment a-t-il évolué jusqu'en août 2012 ?

**E. 8**

Le traitement actuel est-il adéquat ?

**E. 9**

Quelle est la compliance du patient avec le traitement neurologique ?

**E. 10**

La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?

**E. 11**

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

**E. 12**

Quel est votre pronostic ?

En consilium 1. Compte tenu des diagnostics neurologiques, pneumologiques et infectieux, voire des autres atteintes à la santé, l'état de santé de l'assuré s'est-il péjoré depuis février 2009 ? Si oui, dans quelle mesure et comment a-t-il évolué depuis lors jusqu'en août 2012 ? 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé ? 3. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré ? Si oui, à quel taux et comment ce taux a-t-il évolué depuis le mois de février 2009 jusqu'en août 2012 ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? 4. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? 5. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? 6. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 3. Commet à ces fins le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste des maladies infectieuses, le Dr J\_\_\_\_\_, neurologue, et le Dr I\_\_\_\_\_, pneumologue ; 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment de l'éventuelle péjoration de l'état de santé depuis février 2009 et de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ;

A/2839/2012 - 15/15 - 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 6. Réserve le fond.

La greffière

Brigitte BABEL

La Présidente

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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