

## **GE\_GERICHTE ATAS/331/2008 vom 19. März 2008**

GE Cour de justice, 2008-03-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_331\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_331_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/331/2008 du 19 mars 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/331/2008 del 19 marzo 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. 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 et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours 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**

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 7 novembre 2007 a été reçue par la recourante au plus tôt le 8 novembre 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le samedi 8 décembre 2007, respectivement le lundi 10 décembre 2007 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 7 décembre 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA

#### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de la recourante tendant à la modification de la décision de refus de rente d'invalidité. 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. 87 al. 3 et 4 RAI). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 114 consid. 2b). 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 (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 27). En l'espèce, l'intimé a considéré que le dépôt d'un nouveau formulaire tendant à l'octroi d'une rente constituait une nouvelle demande au sens de l'art. 87 RAI et, dans sa décision litigieuse, il a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification de son invalidité de façon à influencer ses droits. Or, en réalité, la recourante n'invoque pas une modification de son invalidité à la suite d'un refus de rente motivé par un degré insuffisant d'invalidité, mais bien un nouveau diagnostic permettant de faire remonter son invalidité à l'âge adulte et non pas à l'adolescence lorsqu'elle se trouvait en Algérie. C'est donc plutôt un refus de révision pour faits nouveaux qu'une décision de non entrée en matière que l'OCAI aurait dû rendre. Cela n'a d'ailleurs pas échappé à l'intimé puisque, dans sa réponse et dans son écriture après enquêtes, il s'est exprimé sur la question des conditions d'une révision procédurale après avoir communiqué à son médecin-conseil le procès-verbal d'audition du Dr O\_\_\_\_\_. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

A/4585/2006 - 13/23 - Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Dans le contexte des troubles psychiques

présentés par la recourante, la question de la révision procédurale est connexe à celle d'une nouvelle demande. En effet, il s'agit du même état de faits, à savoir de déterminer si les conditions permettant de modifier une décision entrée en force sont réalisées et, particulièrement, d'évaluer si les pièces médicales établissent ou rendent plausibles une modification des circonstances (cf. VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in : RSAS 47/2003 p. 393). Etant donné que le Tribunal de céans a procédé à une longue instruction complémentaire qui lui permet de considérer que la question de la révision procédurale est en état d'être jugée et que l'intimé a pu se prononcer sur ce point dans un acte de procédure, il convient, pour des motifs d'économie de procédure, d'étendre la procédure juridictionnelle administrative à la question de savoir si les conditions de la révision procédurale sont réalisées. En définitive, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard d'une décision initiale de refus de prestations entrée en force.

#### **E. 5**

Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure

A/4585/2006 - 14/23 - principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205 consid. 5). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

#### **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/4585/2006 - 15/23 - Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

## **E. 7**

En s'appuyant, d'une part, sur les rapports du Dr M \_\_\_\_\_ des 25 avril 2005 et 15 août 2006 ainsi que sur ceux du Dr O \_\_\_\_\_ des 6 décembre 2006 et du

## **E. 8**

Les rapports et déclarations des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ constituent des moyens de preuve nouveaux puisqu'ils sont tous postérieurs à la décision du 28 octobre 2002 et portent sur des faits antérieurs à cette dernière. Il s'agit de nouveaux moyens de preuve établis après ladite décision et qui ne pouvaient donc pas être produits au moment de la décision initiale. Il reste à déterminer s'ils sont concluants à savoir s'ils apportent des éléments de fait nouveaux permettant de considérer que la décision du 28 octobre 2002 contient des défauts objectifs ou si, au contraire, ils se bornent à donner une appréciation différente de faits déjà connus, comme le soutient l'intimé. Les explications données par le Dr O\_\_\_\_\_, lors de son audition par le Tribunal de céans, permettent de comprendre que les prodromes de schizophrénie paranoïde peuvent évoquer un trouble de la personnalité paranoïaque. Toutefois, dans le cas de la recourante, la présence pratiquement constante d'hallucinations et d'idées délirantes depuis 2003 a donné un nouvel éclairage aux troubles

A/4585/2006 - 20/23 - psychiatriques en tant que lesdites hallucinations auditives ne sont plus du registre du trouble de la personnalité, mais sont les symptômes d'une schizophrénie paranoïde. Par conséquent, eu égard à ce nouveau diagnostic, les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ considèrent que les troubles observés en 2001 étaient avec une forte probabilité les prodromes de la schizophrénie paranoïde. Contrairement à ce que prétend l'intimé, il ne s'agit pas d'une nouvelle appréciation de faits déjà connus. En effet, les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ apportent à l'appui de leur opinion des éléments médicaux nouveaux, à savoir l'existence de symptômes positifs pratiquement constants depuis 2003 alors qu'ils n'étaient qu'occasionnels en 2001. Les explications que donne le Dr O\_\_\_\_\_ font apparaître de façon convaincante que, contrairement à ce que laissent supposer les faits connus et retenus dans la procédure précédente, l'évolution des troubles psychiques de la recourante, caractérisée notamment par l'apparition quasiment constante d'hallucinations et d'idées délirantes, a permis aux médecins de se rendre compte a posteriori que l'invalidité n'était pas due à un trouble de la personnalité paranoïaque apparu lors de l'adolescence alors que la recourante vivait en Algérie, mais bien à une schizophrénie paranoïde dont les premières manifestations sont apparues en 2001, soit à l'âge adulte alors qu'elle vivait en Suisse. Ce fait n'était pas connu en octobre 2002 et ne pouvait être connu ni de la recourante, ni de l'administration de sorte que l'intimé a apprécié le début de l'invalidité dans l'ignorance de circonstances essentielles à ce sujet. En cela, il constitue dès lors un moyen de preuve nouveau et important. Par conséquent, quoi qu'en dise l'intimé, les rapports et déclarations de ces médecins servent à l'établissement des faits en tant qu'ils apportent un éclairage nouveau sur les troubles psychiques dont souffre la recourante et le début de son invalidité en 2001, respectivement que la décision du 28 octobre 2002 comporte des défauts objectifs dès lors qu'elle retient un diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque remontant à l'âge adulte. En définitive, les rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ sont nouveaux en tant qu'ils sont postérieurs à la décision du 28 octobre 2002 et auraient conduit l'autorité à statuer autrement si elle en avait eu connaissance. De plus l'appréciation inexacte des faits par l'intimé est due à l'ignorance et à l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision à savoir des éléments rendant très vraisemblable la survenance de l'invalidité après l'arrivée de la recourante en Suisse. Par conséquent, le Tribunal retiendra que les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA sont réalisées et qu'il y a lieu de procéder à la révision de la décision du 28 octobre 2002.

Par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA), dans sa teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2006, à savoir un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai

A/4585/2006 - 21/23 - absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (HAVE 2005 p. 242 ; ATFA non publié du 17 juin 2005, I 3/05 ; RAMA 1994 n° U 191 p. 145). En l'espèce, la question du délai pour présenter un nouveau moyen de preuve ne se pose pas dès lors que les rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont été rédigés postérieurement à la nouvelle demande et pour soutenir cette dernière, dans un délai de moins de dix ans depuis la première décision de 2002. Par ailleurs, vu le type des troubles dont souffre la recourante, elle n'avait pas connaissance du changement de diagnostic.

#### **E. 10**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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. En l'espèce, les nouveaux moyens de preuve justifient d'admettre que l'invalidité de la recourante est due à une schizophrénie paranoïde ayant débuté en février 2001 et que sa capacité de travail est nulle depuis la première consultation psychiatrique du 19 février 2001. Il reste à examiner quel est le statut de l'assurée pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable. Bien que la recourante ait mentionné dans ses deux demandes de prestations de l'assurance-invalidité qu'elle est femme au foyer, il apparaît que cette mention concerne son statut à l'époque de la demande de rente d'invalidité et non pas celui qu'elle aurait eu si elle avait été en bonne santé. En effet, il ressort du dossier de l'assurée qu'elle a travaillé à 100 % pendant 16 mois alors que son enfant se trouvait en bas-âge, qu'après avoir dû renoncer à son emploi pour des raisons familiales, elle s'est annoncée à l'assurance-chômage en recherchant un travail avec un taux d'activité de 100 %, que lors de son activité de six mois dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal elle a également travaillé à 100 %, enfin, que sa situation financière familiale en 2001 (père de son fils âgé de 77 ans au bénéfice d'une rente de vieillesse et enfant de 16 ans) rend vraisemblable qu'elle aurait continué à travailler à 100% si elle n'était pas devenue invalide. En définitive, il est constant que la recourante a le statut d'une personne active qui aurait repris une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis, ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2002 en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006.

A/4585/2006 - 22/23 - En conséquence, par sa décision du 28 octobre 2002, l'intimé a refusé à tort le versement d'une rente d'invalidité au motif que cette dernière remontait à l'adolescence soit à une période où la recourante vivait en Algérie de sorte qu'il y a lieu d'annuler cette décision.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 28 octobre 2002 ainsi que du 7 novembre 2006 seront annulées. Le dossier sera renvoyé à l'intimé pour qu'il procède au calcul des prestations dues. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). En effet, selon la jurisprudence (ATF 126 V 11 consid. 2), peuvent également prétendre des dépens les assurés qui sont représentés par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (SVR 1997 IV no 110 p. 341), Pro Infirmis (arrêt non publié K. du 30 avril 1998), l'Union Helvetia (arrêt non publié B. du 3 février 1995), le Syndicat industrie et bâtiment (arrêt non publié S. du 18 octobre 1982), un médecin (consid. 7 non publié de l'arrêt ATF 122 V 230), la rédaction du Schweizerischer Beobachter (arrêt non publié H. du 15 février 1999), le Patronato INCA (arrêt non publié G. du 19 novembre 1998), CARITAS (arrêt non publié P. du 28 mai 1998), diverses communautés de travail de malades et d'invalides (consid. 4 non publié dans Praxis 1998 no 59 p. 374; arrêts non publiés S. du 28 novembre 1989 et H. du 7 mars 1986), l'avocat d'une assurance de protection juridique (arrêt non publié H. du 27 janvier 1992), le Centro Consulenze (arrêt non publié F. du 6 avril 1990) et l'association Schweizerische Multiple Sklerose (arrêt non publié S. du 3 février 1999). Au vu du sort du recours, il convient de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

A/4585/2006 - 23/23 -

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