

GE_GERICHTE ATAS/415/2009 vom 7. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_415_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/415/2009 du 7 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/415/2009 del 7 aprile 2009

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) qui sont 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique. Il en va de même des dispositions de la nouvelle du 23 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004. Les dispositions de la LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2008 (5ème révision) ne trouvent par contre pas application au cas d'espèce, la demande de prestations ayant été déposée avant cette date.

E. 3

Respectant les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations après un premier refus pour taux d'invalidité insuffisant.

E. 5

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

A/4446/2009 - 9/13 - 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 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. 87 al. 3 et 4 RAI). 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). En pareille hypothèse, l'administration (ou le juge en cas de recours) doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité 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 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 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, 10 V 114 consid. 2a et b). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel A/4446/2009 - 10/13 - changement s'est produit doit être tranché 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). d) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 6

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 LPG), 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 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).

E. 7

a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, de sorte que ce point n'a plus à être examiné par la Juridiction de céans. Reste à répondre à la question de savoir si c'est à juste titre que l'office intimé a considéré qu'il n'y avait pas de motif à révision, ou, en d'autres termes, pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision initiale de refus de prestations de 2004.

A/4446/2009 - 11/13 - b) Lors du refus initial, l'administration avait constaté, selon décision entrée en force et sur laquelle il ne se justifie pas de revenir - ce que le recourant ne réclame au demeurant pas - que ce dernier présentait des cervico-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et discrètement dégénératifs rachidiens étagés (M54.9), une périarthrite de hanche gauche et un psoriasis. Ces affections engendraient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail imposant des mouvements répétés de rotation de la tête ou le maintien prolongé de la tête en rétroflexion ou dans la même position, pas de travail nécessitant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg ou le port régulier de charges d'un poids excédant 20 kg, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc et nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout. En conséquence, l'assuré avait été reconnu incapable de poursuivre l'exercice de sa profession de plâtrier-maçon, mais il pouvait cependant faire valoir une capacité de travail entière dans un poste adapté. Suite à l'instruction diligentée dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, l'intimé a soumis le recourant à un examen rhumatologique effectué par le docteur A_____. Le rapport rendu par ce dernier, quoi qu'en dise le recourant, emporte la conviction. Il remplit en effet à l'évidence les critères posés par la jurisprudence et rappelés ci-dessus pour que lui soit accordée pleine valeur probante (anamnèse complète, constatations cliniques et plaintes de l'expertisé rapportées, documents médicaux et professionnels à disposition résumés, synthèse claire de

l'ensemble des éléments et discussion très fouillée des conclusions, absence de contradiction). Et l'on ne saurait s'en écarter au profit de considérations émanant d'institutions d'observation professionnelle, dès lors que, comme le relève à juste titre l'intimé, de telles informations doivent se limiter à compléter les données médicales et non à les suppléer, la détermination de la capacité de travail étant prioritairement la tâche du médecin. D'autre part, les déductions faites par les organes de l'assurance- chômage ne sauraient non plus prévaloir, dès lors que cette assurance n'applique pas les mêmes principes que l'assurance-invalidité en matière de reconnaissance d'une incapacité de travail et de ses conséquences sur le droit aux prestations. Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'intéressé, les conclusions du docteur A_____ ne sont de loin pas en contradiction avec les avis médicaux au dossier. L'ensemble des praticiens s'accordent - il est vrai - sur le fait que l'intéressé ne peut plus raisonnablement exercer son activité de plâtrier-maçon, mais ils ne nient pas pour autant toute capacité de travail résiduelle. Seul le médecin traitant semble diverger de cette appréciation ; il ne motive cependant pas vraiment son avis, se fiant presque uniquement aux plaintes exprimées par son patient et, de surcroît, il se prononce sur un taux d'invalidité qui devrait, selon lui, être reconnu, alors que sa tâche est limitée à la définition de la capacité de travail. Le Tribunal de céans s'en remettra donc, du point de vue médical, aux conclusions du docteur A_____ qui a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et discrètement dégénératifs étagés (M54.9), status

A/4446/2009 - 12/13 - post cure de hernie discale C6-C7 en octobre 2006 et suspicion de sacro-illite (M46.1). Il a considéré la reprise de l'activité antérieure impossible, mais a fixé la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de rotations répétées de la tête ou de travail en rétroflexion de la nuque ou en position immobile de la tête, pas de port de charges de plus de 15 kg, ni de soulèvement régulier de charges de plus de 8 kg et nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout. Certes, la doctoresse J_____ a relaté un état dépressif léger à moyen et l'introduction d'une médication ad hoc, mais aucun médecin, ni le recourant lui-même, ne parle de véritable influence de cet état psychique sur sa capacité de travail. En outre, le docteur A_____, quand bien même il n'est pas lui-même psychiatre, a exclu une telle problématique de façon convaincante. Enfin, il convient encore d'écarter l'argument du recourant lié aux problèmes engendrés par le psoriasis, qui le prêterait fortement dans la recherche d'un emploi. Cette affection, déclarée sans influence sur la capacité de travail par les médecins, ne l'a en effet nullement empêché de travailler durant la vingtaine d'années précédant le dépôt de la première demande AI. Partant, et malgré les plaintes de l'intéressé qui invoque une détérioration de son état de santé, on doit constater que celui-ci n'a, d'un point de vue objectif, pas véritablement évolué. Les diagnostics posés, ainsi que les limitations fonctionnelles reconnues sont superposables à la situation prévalant au moment du refus initial de rente en 2004. Les conditions de l'art. 17 LPGA, applicables dans le cadre d'une nouvelle demande, ne sont par conséquent pas remplies en l'espèce et la décision de l'intimé ne peut être que confirmée.

E. 8

Le recourant, qui succombe, supportera les frais de la procédure fixés à 200 fr.

A/4446/2009 - 13/13 -

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