

GE_GERICHTE ATAS/449/2013 vom 13. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_449_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/449/2013 du 13 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/449/2013 del 13 maggio 2013

Regeste

Résumé: Lorsqu'un assuré a été actif professionnellement pendant 14 ans entrecoupés de deux périodes de chômage de deux ans et une d'une année, puis que ses médecins ont attesté une incapacité de travail à 100% avant que trois ans plus tard une expertise médicale ne conclue à une capacité de travail entière, il n'est pas possible de retenir, dans le cadre de la détermination du statut - lequel repose sur l'évaluation de la situation d'ensemble de l'intéressé, et en partie de facteurs subjectifs - que le recourant, faute d'une reconnaissance par l'assurance-invalidité d'une incapacité de travail dès 2003, aurait volontairement choisi, pour des raisons non médicales, de cesser toute activité lucrative et de se consacrer aux tâches ménagères. On ne saurait non plus considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait fait le choix, dès 2003, de vivre aux dépens des prestations de l'aide sociale dès lors que le parcours professionnel et les déclarations du recourant quant à son désir, en bonne santé, de continuer à travailler à 100 %, plaident clairement dans le sens contraire et que l'expérience de la vie démontre qu'une personne en bonne santé, dans une situation financière difficile, recherche un emploi pour subvenir à ses besoins.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 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.

E. 2

a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 24 janvier 2011 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe précité.

E. 3

a) Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. b) L'objet du litige est déterminé par la décision litigieuse du 1^{er} octobre 2012 et porte sur la question du droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement à celle de la survenance d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations du 13 février 2009.

E. 4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

A/3483/2012 - 11/22 -

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il

est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

A/3483/2012 - 12/22 -

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. 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, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut

juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement

A/3483/2012 - 13/22 - déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

E. 6

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans

invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 7

a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que

A/3483/2012 - 14/22 - la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. c) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque

le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/3483/2012 - 15/22 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

b) 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient 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 351 consid. 3b/aa et les références).

A/3483/2012 - 16/22 -

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit 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 (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 9

a) 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

A/3483/2012 - 17/22 - ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

E. 10

a) En l'espèce, le recourant conteste, d'une part la date à laquelle l'intimé a considéré qu'il était totalement incapable de travailler, soit le 2 novembre 2010, en faisant valoir qu'il s'agit de l'année 2003 selon l'avis du Dr B _____, et requiert au besoin l'ordonnance d'une expertise multidisciplinaire, d'autre part, le statut de ménage retenu par l'intimé. b) S'agissant de ce dernier grief, le recourant se prévaut préalablement de la violation de son droit d'être entendu au motif qu'il n'a pu se prononcer sur l'enquête économique du 20 septembre 2012 avant que l'intimé ne rende sa décision le 1er octobre 2012. A cet égard, la jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur

A/3483/2012 - 18/22 - propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références; ATF du 12 septembre 2005 I 435/2005). En l'espèce, la question de la violation du droit d'être entendu du recourant peut cependant rester ouverte dès lors que, dans le cadre de la présente procédure, le recourant a pris connaissance de ladite enquête et a pu faire valoir ses griefs à son encontre de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu aurait été réparé devant la Cour de céans (ATF 121 V 150). L'intimé a considéré, sur la base de l'enquête économique du 20 septembre 2012, que l'assuré aurait, en bonne santé, continué de vivre avec la rente AI de sa "première" épouse ou l'aide de l'Hospice général. Il a précisé dans sa réponse au recours du 17 décembre 2012 que l'assuré n'aurait pas exercé d'activité lucrative sans atteinte à la santé puisqu'il s'était contenté de vivre, dès 2003, de faibles revenus et, lors de l'audience du 25 mars 2013, que le recourant avait choisi de se consacrer aux tâches ménagères même si, dans la réalité, il ne s'était jamais occupé des tâches ménagères et qu'enfin il ne fallait pas tenir compte du fait que les médecins-traitants du recourant avaient attesté dès 2003 une incapacité de travail totale de celui-ci puisque cette incapacité de travail n'était reconnue par les médecins de l'AI

que depuis 2010. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet, comme l'allègue le recourant, celui-ci a régulièrement travaillé à plein temps depuis son arrivée en Suisse en 1987. Il a, entre le 5 janvier 1988 et le 4 juin 2002, soit durant 14 ans, assumé successivement plusieurs activités lucratives à plein temps, entrecoupées de trois périodes de chômage durant lesquelles il a recherché un emploi soit : - Aide de cuisine chez X_____ (5 janvier au 24 septembre 1988). - Aide-magasinier-nettoyeur chez XA_____ (28 septembre 1988 au 31 juillet 1989). - Magasinier-préparateur chez XB_____ à Renens (1er août 1989 au 23 mars 1990). - Période de chômage (1990 à 1991). - Aide de cuisine-nettoyeur chez X_____ (1er octobre 1991 au 31 décembre 1992). - Période de chômage (1993). - Nettoyeur à l'HÔTEL Y_____ (3 janvier 1994 au 30 juin 1999). - Période de chômage (1999 à 2001). - Aide cuisinier-nettoyeur à l'école Z_____ (4 septembre 2001 au 4 juin 2002). Après le 4 juin 2002, le recourant a continué sans succès à rechercher un emploi (procès-verbal d'audience du 25 mars 2013) jusqu'à l'incapacité de travail totale

A/3483/2012 - 19/22 - survenue en 2003. A cet égard, le médecin-traitant du recourant, le Dr B_____, après avoir fait procéder à une électroneuromyographie le 13 octobre 2003 et une biopsie le 5 décembre 2003, a attesté le 19 mars 2004 que le recourant était en incapacité de travail totale dès le 1er avril 2003 en raison d'une myopathie dystrophique. Le 5 avril 2004, le Dr AC_____ a attesté également de cette incapacité de travail totale en raison de faiblesse musculaire et fatigue et de dorsalgies. Depuis lors, le recourant n'a plus retravaillé. Le Dr B_____ a confirmé l'incapacité de travail totale du recourant depuis 2003 dans ses avis des 14 octobre 2005, 26 novembre 2007 et 19 novembre 2012. Il est à constater que le recourant, contrairement à l'avis de l'intimé, ne s'est pas volontairement consacré à ses tâches ménagères en décidant de renoncer, par choix personnel, à une activité lucrative dès 2003 mais bien en raison d'atteinte à sa santé jugée totalement incapacitante par ses médecins-traitants. A cet égard, le fait que l'intimé, dans le cadre de l'examen du droit à la rente, ait reconnu seulement à partir du 2 novembre 2010 une incapacité de travail totale du recourant ne permet pas, dans le cadre de la détermination du statut, lequel repose sur l'évaluation de la situation d'ensemble de l'intéressé, et en partie de facteurs subjectifs, que le recourant, faute d'une reconnaissance par l'assurance-invalidité d'une incapacité de travail dès 2003, aurait volontairement choisi, pour des raisons non médicales de cesser toute activité lucrative et de se consacrer aux tâches ménagères. Cela est d'autant moins crédible que le recourant, régulièrement suivi par le Dr B_____ depuis le 3 septembre 2003, disposait, au moment où il a cessé toute activité lucrative en raison, selon ses déclarations de son mauvais état de santé, d'un seul avis médical de ses médecins-traitants lui confirmant une incapacité de travail totale dès le 1er avril 2003 en raison d'une myopathie dystrophique, à l'origine des douleurs incapacitantes. Ce n'est qu'en 2006 que le recourant a pris connaissance d'avis médicaux contraires, par le biais du rapport d'expertise des Dr E_____ et F_____, qu'il n'a cependant cessé de contester. Par ailleurs, il apparaît contradictoire de la part de l'intimé d'imputer au recourant le choix de se consacrer à son ménage tout en admettant qu'il n'assumait, de fait, aucune tâche ménagère (cf. procès-verbal d'audience du 25 mars 2013). Enfin, l'enquêtrice dont le rapport est à la base de la décision du statut de non-actif du recourant, retient de façon très sommaire et légère que le recourant aurait continué à vivre avec la rente de sa première épouse. Outre qu'il s'agit de sa seconde épouse qui est au bénéfice d'une rente d'invalidité et non pas de la première, le recourant a déclaré qu'il s'était séparé de son ex-épouse en 2004; il a d'ailleurs divorcé en 2005. On ne saurait dans ces conditions suivre l'intimé lorsqu'il estime, lors

d'une enquête ménagère menée en 2012, que le recourant a choisi de vivre de la rente d'invalidité de son ex-épouse. On ne saurait non plus considérer,

A/3483/2012 - 20/22 - au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait fait le choix, dès 2003, de vivre aux dépens des prestations de l'aide sociale dès lors que le parcours professionnel et les déclarations du recourant quant à son désir, en bonne santé, de continuer à travailler à 100 %, plaident clairement dans le sens contraire et que l'expérience de la vie démontre qu'une personne en bonne santé, dans une situation financière difficile, recherche un emploi pour subvenir à ses besoins; à cet égard seul un contexte particulier avec des indices allant clairement dans le sens contraire permettrait de conclure qu'une personne sans revenu ferait, en bonne santé, le choix de rester non active et dépendante de l'aide sociale. Dans ce sens, l'intimé a d'ailleurs estimé dans le cadre d'une enquête économique du 9 septembre 2009 concernant un autre dossier qu'une assurée devait être considérée comme 100 % active au motif que son époux ne travaillait plus depuis douze ans et qu'elle devrait donc, en bonne santé, travailler à plein temps pour ne plus dépendre des services sociaux (ATAS/421/2013 du 6 mai 2013). Dans le cas d'espèce, le raisonnement de l'intimé est, à cet égard, très peu motivé, l'enquête ménagère se contentant de fixer le statut du recourant en deux lignes et n'emporte pas la conviction pour les raisons précitées. En conséquence, au vu de parcours professionnel du recourant ayant été actif professionnellement de 1988 à 2002, de son incapacité de travail totale attestée par ses médecins-traitants dès avril 2003, de ses déclarations constantes quant à sa volonté, en bonne santé, de travailler, de sa situation financière difficile, l'obligeant à solliciter depuis 2004 l'aide sociale, il convient d'admettre que le recourant aurait effectivement, en bonne santé, recherché un emploi à 100 % de sorte que son statut est celui d'actif à 100 % et non pas celui de ménager. c) S'agissant du second grief relatif à la date de survenance de l'incapacité de travail du recourant, il est à constater que la dernière décision de refus de prestations de l'intimé, entrée en force, date du 13 février 2009 et que l'objet du présent litige est limité à la décision litigieuse laquelle porte sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 24 janvier 2011 invoquant une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, soit en l'espèce, au plus tôt dès le 24 juillet 2011. L'intimé a admis une incapacité de travail totale du recourant dès le 2 novembre 2010, de sorte que le droit de ce dernier à une rente entière d'invalidité, vu son statut d'actif à 100 %, naît en tous les cas dès le 1er novembre 2011 mais pourrait naître dès le 1er juillet 2011 si, comme le prétend le recourant, son incapacité de travail totale est antérieure au 2 octobre 2010.

A/3483/2012 - 21/22 - A cet égard, la Cour de céans constate que le recourant invoque une incapacité de travail survenue dès 2003 attestée par le Dr B _____, mais ne conteste pas l'aggravation de son état de santé fixée par l'intimé au 2 novembre 2010 (cf. procès-verbal d'audience du 25 mars 2013). Il ne fournit d'ailleurs aucun élément médical qui permettrait de s'écarter de l'appréciation du SMR du 24 novembre 2011 pour considérer que l'aggravation de son état de santé depuis le 13 février 2009, date de la dernière décision de l'intimé entrée en force, est intervenue antérieurement au 2 novembre 2010. Or, le présent litige est limité à la question du bien-fondé de la dernière demande de prestations du 24 janvier 2011, soit à la période postérieure du

février 2009, l'évaluation depuis 2003 de l'incapacité de travail du recourant ayant notamment fait l'objet de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 3 mars 2008, lequel avait confirmé la valeur probante de l'expertise neurologique du 25 avril 2006. En conséquence, une expertise multidisciplinaire n'est pas pertinente et il y sera renoncé.

11. Au vu de ce qui précède, le recourant, compte tenu de son statut d'actif à 100 % et de son incapacité de travail totale dès le 2 novembre 2010 a droit, dès le 1er novembre 2011, à une rente entière d'invalidité, étant constaté que sa demande de prestations du 24 janvier 2011 a été déposée dans le délai imposé par l'art. 29 al. 1 LAI. 12. a) Le recours sera ainsi partiellement admis et la décision du 1er octobre 2012 annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2011. b) Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3483/2012 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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