

GE_GERICHTE ATAS/471/2011 vom 12. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_471_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/471/2011 du 12 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/471/2011 del 12 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

E. 2

mai 2003, consid. 2, ATF 102 V 73, consid. 1). En conséquence, la demande de révision sera transmise au Tribunal fédéral. b) La compétence de la Cour de céans pour statuer sur le recours interjeté contre la décision du 24 mars 2010 est en revanche établie, conformément aux dispositions exposées ci-dessus.

E. 3

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, la question de savoir quel droit s'applique doit être tranchée 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 229, consid. 1.1, ATF 129 V 1, consid. 1.2, ATF 127 V 466, consid. 1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours dirigé contre la décision du 24 mars 2010 est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir à quel moment a pris naissance le droit du recourant à la rente entière d'invalidité que lui a consentie l'assurance-invalidité.

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1 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 et à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

A/1621/2010 - 18/25 - 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. 1er LPGA et 4 al. 1er LAI). L'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (ATF I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) 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. Ainsi, 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

A/1621/2010 - 19/25 - 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la

jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 8

En l'espèce, l'expertise du Dr C_____ correspond aux réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître valeur probante. Elle se fonde en effet sur une étude détaillée du dossier médical, contient une anamnèse fouillée, tient compte des plaintes du recourant et a été établie à la suite d'un examen clinique complet. Ses conclusions quant à l'incapacité de travail du recourant sont motivées. Le Dr C_____ n'a cependant pas indiqué avec précision le début de l'incapacité de travail, notant qu'il était vraisemblable que celle-ci n'ait pas évolué depuis le début 2006. Ce point n'est cependant pas décisif en l'espèce, puisqu'il est possible de dater la dégradation de l'état de santé du recourant grâce aux nombreux autres certificats médicaux versés au dossier, notamment au certificat du Dr A_____ du 15 mai 2007 qui faisait état d'une aggravation au 30 avril 2007 par rapport au contrôle effectué en novembre 2006 et évoquait le diagnostic de maladie de Paget. C'est d'ailleurs en se fondant sur les constats du Dr A_____ lors de sa consultation du 30 avril 2007 que le SMR a conclu à une incapacité de travail totale dès le mois d'avril 2007, étant précisé que l'indication du début de l'incapacité de travail en novembre 2006 dans l'avis établi par la Dresse AD_____ en date du 14 septembre 2009 semble à l'évidence résulter d'une erreur de plume, corrigée par la Dresse AE_____ le 4 janvier 2010. L'incapacité de travail du recourant depuis avril 2007 est donc établie et il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle expertise. Les critiques du service médical de l'intimé à l'égard de l'expertise du Dr C_____ tombent d'ailleurs à faux. En effet, contrairement à ce qu'affirme la Dresse AE_____, l'expert a étayé tous les éléments objectifs permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé du recourant. En outre, en déclarant que le recourant souffre essentiellement d'une

A/1621/2010 - 20/25 - nouvelle atteinte au niveau du rachis cervical, le médecin du SMR perd de vue les nombreuses autres atteintes apparues depuis la décision initiale de l'intimé, telles que la maladie de Paget - dont l'expert a indiqué qu'elle entraînait des douleurs nécessitant l'administration de morphine - ainsi que les problèmes rencontrés par l'assuré au niveau des épaules et des coudes. Quant au fait que le Dr C_____ a été mandaté par le recourant, il ne s'agit pas là d'un élément suffisant à remettre en cause la qualité de son expertise, comme cela ressort de la jurisprudence précitée. Partant, rien ne justifie une nouvelle expertise. En effet, 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 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; KIESER, op. cit., n. 72 ad art. 61). Compte tenu des différents éléments médicaux versés au dossier, il y a ainsi lieu d'admettre que l'incapacité de gain du recourant est totale

et qu'il est donc être reconnu invalide à 100%.

E. 9

S'agissant de la date à compter de laquelle le recourant peut se voir reconnaître le droit à une rente entière, la Cour de céans rappelle ce qui suit. a) A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 29 al. 1er LAI prévoyait que le droit à la rente naissait au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1er janvier 2008, prévoit que 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, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Cette exigence d'un délai minimal de six mois après le dépôt de la demande a été introduite lors de la 5ème révision de l'AI afin d'encourager les assurés à ne pas retarder le dépôt d'une demande jusqu'à ce qu'ils aient épuisé leur droit aux prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

A/1621/2010 - 21/25 - (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4290). b) Dans le présent cas, l'incapacité de travail a débuté avant l'entrée en vigueur du nouvel art. 29 al. 1 LAI. Il convient dès lors d'examiner si l'exigence temporelle liée au dépôt de la demande rente prévue par cet article est applicable. Il y a lieu de répondre par l'affirmative. En effet, selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à la rente, ce moment est réputé survenu au terme de l'année durant laquelle l'assuré a subi une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable (ATF I 423/04 du 2 juin 2005, consid. 3.2). Dans le cas du recourant, le délai d'attente d'une année est arrivé à échéance en avril 2008. L'invalidité est donc survenue sous l'empire du nouveau droit, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'art. 29 al. 1 LAI. Par surabondance, on ajoutera que l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa circulaire n°253 du 12 décembre 2007 concernant la 5ème révision de l'AI et le droit transitoire, a certes admis une exception à ce principe lorsque le délai d'attente d'une année est venu à échéance en 2008, mais pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard, ce afin de tenir compte du fait que les assurés n'étaient alors pas encore suffisamment informés de cette modification législative. Le recourant ne peut toutefois se prévaloir de cette exception, dès lors qu'il n'a déposé sa nouvelle demande qu'en avril 2009. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a appliqué le nouvel art. 29 al. 1 LAI.

E. 10

Le recourant fait par ailleurs valoir qu'il a systématiquement fait suivre à l'intimé les certificats médicaux postérieurs à la décision initiale de refus de rente dans le cadre de la procédure de recours dirigée contre ladite décision, et lui reproche d'avoir violé son

obligation d'instruire d'office en ne statuant pas sur son cas plus tôt. Le recourant ne saurait être suivi sur ce point. Il sied en effet de relever que les documents médicaux qu'il a produits l'ont été dans le cadre de la procédure de recours qu'il avait initiée contre la décision du 22 février 2007, afin d'en obtenir l'annulation et non dans le cadre d'une nouvelle demande. Ces certificats n'ont pas été pris en considération par le Tribunal cantonal, eu égard au principe selon lequel la légalité des décisions est appréciée par l'autorité de recours en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, ATF 116 V 246, consid. 1a). On relèvera que le recourant, après le rejet de son recours par le Tribunal fédéral, ne les a pas fait valoir auprès de l'intimé et n'a jamais interpellé celui-ci. On ne peut dès lors considérer que le recourant, en

A/1621/2010 - 22/25 - produisant ces certificats devant le Tribunal cantonal, aurait déposé une nouvelle demande que l'intimé aurait dû instruire d'office. On en veut d'ailleurs pour preuve le courrier que le recourant a adressé à l'intimé le 27 avril 2009, dans lequel il manifeste clairement sa volonté de déposer une nouvelle demande et qui démontre qu'il était conscient que la production des certificats en question dans le cadre de la procédure de recours ne pouvait être considéré comme valant nouvelle demande. La procédure administrative est régie soit par la maxime d'office, soit par la maxime de disposition. Lorsque la première est applicable, c'est à l'autorité qu'appartient le droit et le devoir d'ouvrir la procédure, d'en définir l'objet et d'y mettre fin par une décision ou un jugement. Dans une procédure dominée par la maxime de disposition, c'est en revanche aux parties qu'il incombe d'introduire la procédure, d'en déterminer l'objet et de la clore. Il convient de ne pas confondre maxime d'office et maxime inquisitoire - applicable à la procédure administrative et en vertu de laquelle il appartient à l'autorité de diriger la procédure et d'établir les faits d'office (Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 175). En assurances sociales, la maxime d'office est applicable aux procédures d'assujettissement et de prélèvement des cotisations. En revanche, les procédures en matière de prestations sont régies par la maxime de disposition et nécessitent le dépôt d'une demande (KIESER, op. cit., n. 11 ad art. 43). En d'autres termes, le devoir d'instruire d'office n'a pas pour corollaire l'application de la maxime d'office, et l'intimé n'avait pas à instruire en-dehors de toute demande de prestations d'un assuré. Ce grief se révèle donc infondé.

E. 11

Dans un deuxième grief, le recourant allègue que si l'intimé n'entendait pas ouvrir une instruction, il lui incombait à tout le moins de l'en informer et d'attirer son attention sur le fait qu'il devait formellement déposer une nouvelle demande. Selon le recourant, en n'agissant pas de la sorte, l'intimé aurait violé son obligation de renseigner. En vertu de l'art. 27 al. 2 LPGA, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (1ère phrase). Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (2ème phrase). De leur côté, les assurés doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (art. 28 al. 1 LPGA); en particulier, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Cette obligation de renseigner est concrétisée dans l'assurance-invalidité à l'art. 3c al. 6 LAI. Cette disposition arrête qu'au besoin, l'office AI ordonne à l'assuré de s'annoncer à l'AI (art. 29 LPGA) et l'informe du fait que les prestations peuvent être réduites ou refusées s'il ne s'annonce pas dans

A/1621/2010 - 23/25 - les meilleurs délais. Du point de vue de la procédure, l'obligation de renseigner suppose en principe une demande dans ce sens de l'intéressé, mais l'assureur doit également dispenser des conseils et des renseignements sans requête expresse lorsqu'il constate un besoin d'informations (ATF K 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 3.3). En l'occurrence, le recourant ne pouvait ignorer la nécessité d'introduire une nouvelle demande formelle. En effet, le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans son arrêt du 6 mars 2008, a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait prendre en considération les atteintes postérieures à la décision litigieuse et a expressément attiré l'attention du recourant sur le fait qu'il lui était loisible de déposer une nouvelle demande basée sur les nouveaux troubles apparus. Le recourant était de plus représenté par un avocat, à même de lui expliquer les considérants de l'arrêt précité. Il était dès lors informé des démarches à entreprendre, de sorte que l'intimé n'avait pas à l'éclairer davantage sur ce point et ne saurait se voir reprocher une violation de son obligation de renseigner.

E. 12

Dans un dernier moyen, le recourant conclut à l'octroi d'une rente dès le mois de février 2007 - soit trois mois après le début de l'incapacité de travail évoqué par la Dresse AD_____ dans son avis du 14 septembre 2009 - en se prévalant de l'art. 88a al. 2 1^{ère} phrase du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201). Aux termes de cet article, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Cet argument n'est pas pertinent. En premier lieu, comme on l'a vu plus haut, la mention d'un début d'incapacité de travail totale en novembre 2006 est manifestement erronée. En second lieu, l'art. 88a RAI ne trouve quoi qu'il en soit application qu'en cas de révision de la rente, soit dans l'hypothèse où l'assuré concerné perçoit déjà des prestations de l'assurance. Tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque, préalablement à la décision du 24 mars 2010, aucune invalidité n'avait été reconnue à l'assuré. Or, le délai de trois mois de l'art. 88a RAI - étroitement lié à un cas de révision - ne saurait débiter avant que la période de carence d'une année ne soit arrivée à échéance (arrêt I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

E. 13

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est mal fondé et sera rejeté, la décision de l'intimé du 24 mars 2010 étant confirmée.

A/1621/2010 - 24/25 - L'art. 69 al. 1bis LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. En l'espèce, l'émolument sera arrêté à 200 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

A/1621/2010 - 25/25 - 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.