

## **GE\_GERICHTE ATAS/691/2013 vom 28. Juni 2013**

GE Cour de justice, 2013-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_691\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_691_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/691/2013 du 28 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/691/2013 del 28 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

En premier lieu, il convient de qualifier l'écriture de l'assuré. Ce dernier invoque en effet l'apparition d'un « fait nouveau » par rapport à la décision du 2 octobre 2003. Cependant, si le recourant entendait demander la révision procédurale pour fait nouveau de la décision du 2 octobre 2003, il aurait dû saisir l'autorité qui a rendu la décision en question – soit l'OAI – et non la Cour de céans. Quoiqu'il en soit, sa demande aurait été manifestement infondée, vu l'absence de fait nouveau. On ne saurait en effet considérer – comme le soutient le recourant – que le « fait nouveau » consisterait dans le changement de position de l'OAI à son égard puisque la décision du 19 avril 2012 a été motivée par une toute autre atteinte à la santé que celle ayant fait l'objet de la première décision. L'argumentation de l'assuré sur ce point est donc à tout le moins manifestement infondée, voire à la limite de la témérité.

A/1536/2012 - 5/9 - L'écriture de l'assuré sera donc considérée comme un recours contre la décision du 19 avril 2012. Ce recours respecte les exigences de forme et de délai posées par la loi (art. 56 ss LPGA) et doit donc être déclaré recevable.

#### **E. 3**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

#### **E. 4**

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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

A/1536/2012 - 6/9 -

## **E. 5**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

## **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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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

A/1536/2012 - 7/9 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

#### **E. 7**

En l'espèce, si l'intimé a fait débiter le droit du recourant au mois d'octobre 2009, c'est qu'il a admis que le début de l'incapacité durable de travail remontait au 6 octobre 2008. A cet égard, il paraît nécessaire de rappeler que si 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 (art. 29 al. 1 LAI), il n'en demeure pas moins qu'en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente ne s'ouvre que si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Dans la mesure où l'intimé a admis une incapacité totale de travail à compter d'octobre 2008, c'est donc à juste titre qu'il a fait remonter le début du droit à la rente à octobre 2009. Le début de la totale incapacité de travail est confirmé par le Dr O \_\_\_\_\_, qui a attesté de l'hospitalisation de son patient en octobre 2008.

#### **E. 8**

Le recourant fait par ailleurs valoir que c'est son état de confusion mentale qui l'aurait empêché de déposer sa nouvelle demande de prestations plus tôt. Ce faisant, il invoque l'art. 48 al. 2 LAI aux termes duquel, si, en principe, un assuré ayant droit à des prestations présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, à moins que l'assuré n'ait pu connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et ait fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits – auquel cas les prestations arriérées lui sont versées au-delà des douze mois précédant le dépôt de sa demande. La jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière est très restrictive dans la mesure où par « faits ouvrant droit à des prestations », il faut entendre l'atteinte à la santé physique et mentale qui ouvre droit à des prestations et non pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état ; il s'agit bien plutôt de savoir si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non. Ainsi, l'assuré qui connaissait les faits ouvrant droit à des prestations mais qui ignorait qu'ils lui donnaient droit à ces prestations ne peut se prévaloir de cette disposition (ATF 102 V consid. 1a p. 113). Au surplus, il sied encore de relever que le TF a

constaté que l'absence, à l'art. 48 al. 2 LAI, d'une disposition relative à l'impossibilité d'agir pour cause de force majeure devait être considérée comme une véritable lacune due à une inadvertance du législateur et qu'il était par conséquent juste d'assimiler à la demande présentée dans l'année qui suit la naissance du droit celle que l'assuré empêché d'agir à temps par un cas de force majeure présente plus tard, dans un délai convenable – qui n'a pas été précisé - après la cessation de l'empêchement. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une impossibilité objective s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré

A/1536/2012 - 8/9 - se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance s'il l'avait pu et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif comme d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V consid. 2a p. 115). En l'espèce et au vu de la jurisprudence restrictive rappelée supra, l'argument du recourant selon lequel il aurait été dans une confusion mentale telle qu'elle devrait être considérée comme un cas de force majeure ne saurait être retenu. En effet, ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, le Dr N\_\_\_\_\_ a nié avoir jamais observé un tel état chez son patient. Le Dr O\_\_\_\_\_ a d'ailleurs expliqué que la confusion mentale qu'il évoquait faisait partie d'une période d'exacerbation de la maladie bipolaire, et qu'elle évoluait par vagues : parfois, l'assuré est parfaitement bien, d'autres fois, totalement incapable de gérer ses affaires. Dans cette mesure, il était parfaitement exigible de l'assuré qu'il saisisse l'intimé d'une nouvelle demande de prestations durant l'une des périodes d'accalmie de son état.

#### **E. 9**

Il convient enfin d'examiner si la demande déposée par l'assuré précédemment, le 27 septembre 2002, était suffisamment concrète pour justifier la sauvegarde de son droit dès cet instant, comme semble le défendre le recourant. En effet, bien que les prestations sociales ne soient en principe servies qu'à la demande de l'ayant droit, le TF a estimé qu'en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte (VSI 1998 p. 212 consid. 2a). Force est cependant de constater que l'on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas s'être, alors, penché sur l'état psychique du recourant, dont ce dernier lui-même reconnaît qu'il ne s'est dégradé que postérieurement à la première décision de l'OAI. Ainsi, seul le dépôt d'une nouvelle demande pouvait justifier que celui-ci réexamine la situation. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté comme manifestement infondé.

A/1536/2012 - 9/9 - 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.