

GE_GERICHTE ATAS/726/2009 vom 9. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_726_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/726/2009 du 9 juin 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/726/2009 del 9 giugno 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

A/140/2009 - 7/14 - 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 et entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.

E. 3

Déposé dans 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 entière d'invalidité en lieu et place de la demi-rente qui lui a été octroyée.

E. 5

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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et les références). 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 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe

A/140/2009 - 8/14 - inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATFA B. non publié du 13 juillet 2000, en la cause H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références citées).

E. 5.3

et consid. 6).

E. 6

En l'espèce, la première demande de prestations AI déposée par l'assuré a été rejetée au motif que le trouble somatoforme douloureux soupçonné par les Drs A _____ et B _____ en avril 2000 et diagnostiqué par le Dr E _____ en décembre 2002 puis par les Dresses F _____ et G _____ en juin 2003, n'était pas invalidant au sens de la LAI. L'assuré a déposé une nouvelle demande le 9 juillet 2007. Celle-ci ne peut être examinée que si l'aggravation de l'état de santé alléguée est rendue plausible. Il s'avère que l'assuré est atteint de la maladie de Crohn iléo-colique depuis mars 2007, laquelle a une influence sur la capacité de travail. Compte tenu de cette nouvelle atteinte, c'est à juste titre que l'OCAI est entré en matière. Par ailleurs, l'assuré ne souffrirait en réalité pas d'un trouble somatoforme douloureux selon le Dr S _____, qui déclare dans sa note du 30 octobre 2008, que les douleurs lombaires chroniques dont l'assuré se plaint s'expliquent radiologiquement.

E. 7

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,

A/140/2009 - 9/14 - 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).

E. 8

LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid.

E. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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, et la jurisprudence citée).

A/140/2009 - 10/14 - Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit

examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa et les références). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 10

L'OCAI s'est fondé, pour rendre sa décision de demi-rente d'invalidité, sur les conclusions des médecins du COMAI, lesquels ont retenu les diagnostics de

A/140/2009 - 11/14 - syndrome douloureux chronique de l'appareil moteur à prédominance lombaire d'origine indéterminée, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de maladie de Crohn iléo-colique et possiblement ano-périnéale évoluant depuis 2002. Ils ont relevé que la maladie de Crohn était réfractaire à différents traitements. S'agissant de la problématique thymique, ils considèrent qu'elle pourrait a priori être améliorée par un traitement léger, qu'il est toutefois difficile à envisager dans la mesure où l'assuré refuse d'envisager le diagnostic d'épisode dépressif. Selon eux, la capacité de travail de l'assuré a été réduite à 50% depuis l'apparition de la maladie de Crohn, soit depuis janvier 2007, tant dans le cadre de l'ancienne activité que dans une activité adaptée. Il pourrait ainsi travailler à mi-temps comme informaticien, "pour autant qu'il bénéficie d'un encadrement spécifique pour lui permettre de la concrétiser". Les médecins du COMAI précisent à cet égard qu'il y aurait lieu d'envisager des cours de réactualisation de ses connaissances et une aide au placement. Sur le plan rhumatologique, il lui faut éviter les mouvements répétitifs en porte-à-faux et flexion antérieure du tronc et le travail à la chaîne. Il doit également avoir la possibilité de se rendre régulièrement aux toilettes.

E. 11

L'assuré conteste les conclusions du rapport d'expertise, considérant qu'il n'a pas été tenu compte de ses douleurs rachidiennes et de ses douleurs diffuses somatomorphes et abdominales.

E. 12

Le Tribunal de céans constate cependant que l'expertise COMAI réalisée le 19 juin 2008 remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assuré, leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a a priori aucune raison de s'en écarter et dispose ainsi de suffisamment d'éléments pour statuer.

E. 13

Il s'agit alors de déterminer si l'appréciation des médecins traitants est de nature à les mettre en doute.

E. 14

Dans son certificat du 16 octobre 2008, le Dr R_____ décrit les douleurs dont souffre son patient et dont certaines entrent dans le tableau classique de la maladie de Crohn et explique qu'elles entraînent des limitations physiques et psychiques. Il y a lieu de constater toutefois que ni les médecins COMAI ni ceux du SMR n'ont nié les effets des lombalgies et de la maladie de Crohn sur la capacité de travail. Les limitations et la diminution de la capacité de travail en découlant ont été prises en considération. Dans son courrier du 17 décembre 2008, la Dresse H_____ fait état d'une amélioration des symptômes de la maladie de Crohn sous traitement, depuis mars 2008, puis à nouveau d'une exacerbation des symptômes en septembre 2008. L'évolution est en dents de scie. Elle préconise quant à elle une expertise par un gastroentérologue pour cette maladie difficile à prendre en charge.

A/140/2009 - 12/14 - Le Dr Q_____ a, en janvier 2009, constaté que la fissure allait objectivement mieux. Il a toutefois relevé que l'assuré était "réellement dans un état durable d'incapacité de travail", ce dans un contexte d'asthénie d'origine incertaine, de plaintes ostéo-articulaires multiples, et ayant ressenti la décision AI comme très injuste. Les médecins du SMR ont considéré que ces pièces médicales n'apportaient rien de nouveau et ont relevé que le Dr Q_____ faisait état d'une amélioration. Le Tribunal de céans constate à cet égard que le Dr Q_____ ne parle pas d'amélioration de la maladie de Crohn, mais de la fissure anale uniquement et quand bien même il y aurait une amélioration de la maladie de Crohn, que celle-ci ne serait pas déterminante puisque l'évolution est précisément en dents de scie, ainsi que l'a expliqué la Dresse H_____. Le Dr Q_____ justifie toutefois le taux d'incapacité de travail de 100% par des considérations étrangères à l'AI, expliquant que l'assuré avait ressenti la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité comme très injuste et que "la constellation physique et émotionnelle qui en découle se répercute tellement sur les plaintes somatiques qu'on peut admettre qu'aucune optimisation du traitement médicamenteux ne sera réellement à même de soulager ses symptômes et son vécu général tant qu'il n'aura pas obtenu une rente invalidité complète". Il y a lieu en conclusion de constater que lorsque les médecins du COMAI ont examiné l'assuré, en juin 2008, la maladie de Crohn se trouvait vraisemblablement dans une phase plutôt calme étant rappelé que la Dresse H_____ fait état d'une amélioration des symptômes depuis mars 2008. Ils ont alors considéré que

l'incapacité de travail était de 50%. La Dresse H_____ signalant une aggravation à nouveau dès septembre 2008, on peut en déduire que l'incapacité de travail pourrait dépasser les 50%. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Il convient dans le cas d'espèce de renvoyer le dossier à l'OCAI pour mise en œuvre d'une expertise par un gastroentérologue, étant rappelé qu'aucun des médecins du

A/140/2009 - 13/14 - COMAI n'était au bénéfice d'une telle spécialité, alors que les Drs H_____ et Q_____ le sont. S'agissant de la problématique thymique également posée dans le cas d'espèce, celle-ci pourrait vraisemblablement s'améliorer si un traitement adéquat était mis en place, selon les médecins du COMAI, pour autant cependant que l'assuré ne nie pas son existence. Force est de rappeler que par obligation de réduire le dommage (obligation de réadaptation par la personne elle-même), on entend le fait que la personne assurée doit, de sa propre initiative, faire ce qui est en son pouvoir et que l'on peut raisonnablement exiger d'elle pour améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (art. 21 al. 4 LPGA). Elle est tenue notamment de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible pour autant que celui-ci soit de nature à améliorer sa capacité de gain de telle sorte que la rente puisse être réduite ou supprimée (chiffre 1048 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité). Il peut toutefois se produire que le déni d'une maladie en fasse lui-même partie. L'assuré est quoi qu'il en soit invité à se soumettre au traitement raisonnablement exigible qui s'avérerait nécessaire.

A/140/2009 - 14/14 -

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