

GE_GERICHTE ATAS/848/2010 vom 24. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_848_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/848/2010 du 24 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/848/2010 del 24 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande de prestations a été formée le 23 avril 2007 et la décision litigieuse date du 15 juin 2009. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Est litigieux le droit à une rente d'invalidité et, singulièrement, l'aggravation de l'état de santé de la recourante et la prise en compte de ses limitations fonctionnelles (douleurs et vomissements).

E. 5

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 al. 1er LPGA). Conformément à l'art. 7 al. 1er LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de

A/2518/2009 - 9/15 - lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). b) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. c) 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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

A/2518/2009 - 10/15 - litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la Cour, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1er de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

A/2518/2009 - 11/15 - d) 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). On ajoutera qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Enfin, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

A/2518/2009 - 12/15 -

E. 6

L'intimé ayant décidé d'entrer en matière et d'instruire la nouvelle demande la recourante, il y a lieu d'examiner ses griefs. Elle reproche à l'intimé, et en cela aux experts mandatés, de ne pas avoir suffisamment tenu compte de ses problèmes liés à ses douleurs au ventre et à ses vomissements. Elle fait également reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en considération l'aggravation de son état de santé. En premier lieu, l'assurée fait grief à l'OAI et aux experts de ne pas avoir correctement constaté et pris en considération des limitations fonctionnelles, telles que les douleurs au ventre et les vomissements. Toutefois, force est de constater que les experts du CEMED ont clairement tenu compte des douleurs abdominales alléguées par la recourante. En effet, sur le plan somatique, les experts ont relevé que les douleurs de la paroi abdominale chronique et le status après trois laparotomies avec mise en place d'un filet permettent de retenir, comme seule limitation fonctionnelle, une intolérance au port de charges. Dans une activité de chauffeur de taxi, éventuellement exposée au port de charges, il en résulte une baisse de rendement estimée à 30%. Dans une activité d'employée de bureau, la capacité est complète. Les experts relèvent également que la recourante n'a émis aucune plainte quant à des nausées et n'a pas vomi, durant 90 minutes d'entretien. Certes, le fait de ne pas vomir durant 90 minutes n'exclut pas, en soi, l'existence de vomissements fréquents. Toutefois, ceux-ci n'ont été ni constatés par ses médecins-traitants, ni par les nombreux experts qui l'ont auscultée. De surcroît, la recourante n'a pas été en mesure de démontrer, dans le cadre de la procédure, l'existence, cas échéant l'intensité, des vomissements, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante. A relever qu'elle admet une amélioration, soit une diminution des épisodes, depuis l'intervention du mois de septembre 2009. Elle allègue alors vomir deux fois par semaine, ce qui ne constitue manifestement pas une limitation à une activité de bureau. Par ailleurs, la recourante n'indique pas précisément en quoi l'expertise du 27 novembre 2008 diligentée par le

CEMED ne répondrait pas aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une expertise médicale. À cet égard, et à la lecture de cette expertise, le Tribunal de céans constate que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des experts sont dûment motivées. Qui plus est, les conclusions de l'expertise du CEMED sont superposables à celles des rapports émis les 7 septembre 1998 et 15 novembre 1998 par le Dr A _____, respectivement par la Dresse B _____. Enfin, quant aux divers rapports médicaux produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure, aucun des médecins consultés n'a contredit, de manière motivée, les conclusions des experts. En effet, la recourante se fonde, en premier

A/2518/2009 - 13/15 - lieu, sur l'avis du médecin-conseil de l'OCE qui l'a déclarée inapte au travail. A cet égard, quant au moyen tiré d'un manque de coordination entre l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité, ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents (notamment l'incapacité de travail pour l'AI, l'aptitude au placement pour l'assurance chômage). Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (DTA 1999 n° 19 p. 104 consid. 2 et 3; ATFA non publié du 3 mars 2006, C 282/05 consid. 2.3). En l'espèce, l'avis médical de l'OCE n'est ni motivé, ni étayé, de sorte qu'il n'est d'aucun secours pour la recourante. En deuxième lieu, le Dr C _____ n'a jamais développé les raisons pour lesquelles les conclusions des expertises effectuées ne seraient pas soutenables et il a même refusé d'être entendu par le Tribunal de céans. Au demeurant, il n'a jamais attesté d'une incapacité de travail liée aux problèmes abdominaux de sa patiente. Il a clairement établi, en 2003 que l'éventration postpartum n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail et n'a jamais attesté, depuis lors de répercussion sur la capacité de travail, son certificat médical du 31 août 2009 se contentant d'annoncer une intervention chirurgicale. En troisième lieu, la recourante a produit un certificat médical succinct du Dr I _____ du mois de mai 2010 qui expose que le trouble de la personnalité de la recourante justifie, selon lui, une incapacité de travail. Non seulement ce médecin ne précise pas le début de l'incapacité alléguée ni le taux, mais encore il ne développe pas les raisons pour lesquelles les précédentes expertises psychiatriques ne seraient pas soutenables. Il semble enfin faire état d'une aggravation postérieure à la décision querellée, point qui sera examiné subséquentement. En quatrième lieu, la recourante allègue également souffrir de troubles mnésiques. Les experts du CEMED en ont également tenu compte dans le cadre de l'expertise, précisant que la recourante n'a pas montré, durant l'entretien, de troubles de la mémoire ou de la concentration. Quant au rapport des HUG du 18 décembre 2008 produit par la recourante, il n'expose pas que les troubles de la concentration et de la mémoire auraient une influence sur sa capacité de travail. Ainsi, les avis médicaux produits ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts et aucun d'entre eux n'atteste d'un diagnostic objectivant les plaintes de la patiente, ni d'une incapacité de travail consécutive aux troubles abdominaux allégués, dans une activité adaptée tenant compte de la seule limitation déterminante soit le port de charges. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conférer à l'expertise effectuée par le CEMED pleine valeur probante, de sorte que la décision querellée n'est pas critiquable sur ce point.

E. 7

En second lieu, la recourante fait reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu suffisamment compte de l'aggravation de son état de santé. Eu égard aux plaintes

A/2518/2009 - 14/15 - exprimées par la recourante en rapport avec ses douleurs et vomissements, aucune aggravation n'a été constatée médicalement depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 1996, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. La recourante expose que son état de santé s'est aggravé au mois d'août 2009 suite à la constatation d'un élargissement de l'ouverture de l'éventration avec apparition d'une hernie et un risque de strangulation herniaire, pour lequel elle a subi une intervention chirurgicale le 25 septembre 2009, consistant en une cure d'éventration intra-péritonéale laparoscopique avec filet Parietex. À considérer qu'il s'agisse effectivement d'une aggravation de l'éventration, dès lors que ce diagnostic n'a jamais été constaté par les divers chirurgiens qui ont opéré la recourante, ni par les experts qui l'ont auscultée, du moins jusqu'en 2008 à teneur du dossier, force est de constater qu'elle est postérieure à la décision querellée (juin 2009), de sorte qu'elle doit, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'office compétent, si tant est que les conditions en soient réalisées. Il en va de même de l'aggravation alléguée par le Dr I_____ dans son attestation médicale du mois de mai 2010. Pour le surplus, l'aggravation relative à l'éventration n'a duré qu'un mois, dès lors qu'elle date du mois d'août 2009 et que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, selon ses propres déclarations, suite à l'intervention du mois de septembre 2009. À ce sujet, la recourante ne démontre pas que cette atteinte aurait des conséquences sur sa capacité de travail à long terme. Partant, la décision querellée n'est pas critiquable sur ce point également.

E. 8

Au vu de ce qui précède, l'intimé est fondé à refuser une rente d'invalidité à la recourante, dès lors que la capacité de gain raisonnablement exigible dans l'activité d'employée de bureau, qui est équivalente voire supérieure à la capacité de gain possible comme chauffeur, est complète. Mal fondé, le recours est rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument de 200 fr.

A/2518/2009 - 15/15 -

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