

GE_GERICHTE ATAS/901/2008 vom 19. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_901_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/901/2008 du 19 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/901/2008 del 19 agosto 2008

Erwägungen

E. 13

Par courrier du 18 octobre 2007, le Dr L_____ a indiqué que sa patiente avait scrupuleusement suivi les décisions du Dr N_____ et avait repris son travail à 70% comme aide-soignante le 30 avril 2007, mais que très rapidement la situation s'était dégradée entraînant une boiterie constatée par tout l'entourage professionnel, raison pour laquelle il avait réduit son taux d'activité à 60% dès le 15 octobre 2007.

E. 14

Le 29 octobre 2007, l'OCAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière suite à la nouvelle demande déposée par le Dr L_____ le 18 octobre 2007, au motif qu'elle ne faisait valoir aucun fait nouveau par rapport à la décision du 9 juillet 2007.

E. 15

Le 22 novembre 2007, le Dr L_____ a allégué que les éléments nouveaux résidaient dans le fait que la capacité de travail avait été surestimée ainsi qu'en attestait l'entourage professionnel et le Dr P_____, médecin-conseil de l'EMS X_____, employeur de l'assurée. Il considère ainsi qu'il est indispensable que la situation de l'assurée soit réévaluée de façon à pouvoir continuer d'exercer son métier à 60%.

E. 16

Dans une note du 4 janvier 2008, le Dr Q_____ du SMR a relevé que le médecin traitant indiquait dans son courrier du 22 novembre 2007 que les diagnostics n'avaient pas changé mais qu'ils étaient plus invalidants que ce qui avait été retenu par le Dr N_____ puisque l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 60%. Il donnait ainsi un avis différent, mais pas d'élément nouveau.

E. 17

Par décision du 14 janvier 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision refusant d'entrer en matière faute d'éléments nouveaux.

E. 18

L'assurée a interjeté recours le 13 février 2008 contre ladite décision. Elle souligne que lors d'un contrôle chez le Dr R_____ aux HUG, la cassure de deux vis au niveau de la plaque fémurale droite avait été mise en évidence, ce qui témoignait bien de la surcharge au niveau du membre inférieur droit.

E. 19

Dans sa réponse du 14 avril 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se fondant sur un avis du SMR daté du 9 avril 2008.

E. 20

Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT

A/499/2008 - 5/9 - 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 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 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 14 janvier 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2007, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. 3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de l'assurée tendant à la modification de la décision de refus de rente d'invalidité. 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 RAI). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 114 consid. 2b). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité

A/499/2008 - 6/9 - administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note 27). 6. En l'espèce, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 18 octobre 2007 par le Dr L_____ pour l'assurée, au motif qu'une modification de son invalidité de façon à influencer ses droits n'avait pas été rendue plausible. En définitive, le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au regard de la décision initiale de refus de prestations du 9 juillet 2007 entrée en force. 7. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à

révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal

A/499/2008 - 7/9 - interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale.

L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205 consid. 5). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références). 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. 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). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/499/2008 - 8/9 - qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1). 8. En l'espèce, dans sa décision du 9 juillet 2007, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente ou à des mesures de réadaptation professionnelle, au motif que d'une part, le status après opération d'un chondrosarcome du fémur droit et allogreffe, puis l'hernie discale paramédiane gauche ainsi que l'épicondylite du coude gauche ne justifiaient pas d'incapacité de travail suffisamment importante et que d'autre part, le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant. 9. Le Dr L_____ a fait valoir à l'appui de la nouvelle demande, que la capacité de travail de sa patiente, fixée à 75% par le Dr N_____ sur le plan somatique, avait été surestimée, puisqu'elle ne dépassait en réalité pas 60%. 10. Force est de constater qu'aucun fait nouveau n'est ainsi mis en évidence, le Dr L_____ se bornant à faire état d'une estimation différente de celle qui avait été faite lors de la décision du 9 juillet 2007, sur la base d'une situation inchangée. Il y a dès lors lieu de considérer que la décision de non entrée en matière rendue par l'OCAI le 14 janvier 2008 était justifiée et doit se voir confirmer.

A/499/2008 - 9/9 -

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