

GE_GERICHTE ATAS/914/2018 vom 9. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_914_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/914/2018 du 9 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/914/2018 del 9 ottobre 2018

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 - E 2 05), 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1er LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en

A/1569/2018 - 8/15 - revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Datée du 5 avril 2018, la décision entreprise a été notifiée le 9 avril 2018. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 9 mai 2018. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 11 janvier 2013.

E. 5

Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon

plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision de refus de prestations, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle doit examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence. En cas de recours, le même devoir de contrôle incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; U. MEYER/ M. REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3ème éd. 2014, n. 120 ad art. 30-31 LAI). En cas de nouvelle demande, la question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse. En ce qui concerne cette comparaison, une décision de non-entrée en matière sur une ou plusieurs nouvelles demandes – après examen matériel et rejet du droit à la rente entrée en force – n'a aucune valeur juridique de référence (VSI 1999 p. 84 ; cf.

A/1569/2018 - 9/15 - aussi ATF 130 V 343 consid. 3.5 et l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009).

E. 6

a. 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. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Le « marché équilibré du travail » au sens de l'art. 7 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main- d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p.

563-564 n. 2112).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 2 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, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/1569/2018 - 10/15 -

E. 8

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b.

L'assurance-invalidité assure les conséquences économiques des atteintes à la santé (cf. art. 4 al. 1 LAI) mais non les conséquences économiques d'une absence de bagage scolaire; il existe, sous cet angle, un élément causal dans l'assurance-invalidité qui est en soi « finale » (cf. ATF 124 V 178 consid. 3b et les références). L'illettrisme fait ainsi partie des facteurs étrangers à l'invalidité qui peuvent être pris en considération dans le cadre de l'examen d'une activité exigible dans le cas particulier (Pratique VSI 1999, p. 238 consid. 1). Il peut également justifier une réduction du revenu d'invalidité lorsque ce dernier est déterminé sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 79 consid. 5b). En revanche, l'illettrisme comme tel ne permet pas l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 609/02 du 6 juin 2003 consid. 3.2). Cela vaut également pour d'autres facteurs tels que la mauvaise connaissance de la langue française (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 619/03 du 26 août 2004 consid. 3.1) ou l'absence de permis de conduire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2010 du 25 novembre 2010 consid. 3.1).

E. 9

a. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui

A/1569/2018 - 11/15 - nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

E. 10

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier

toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur

A/1569/2018 - 12/15 - l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

E. 11

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir

A/1569/2018 - 13/15 - des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

E. 13

En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 11 janvier 2013 avec celle existant au moment de la décision du 5 avril 2018 afin d'apprécier si l'on est en présence d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations. Au moment de la décision initiale, le droit à rente d'invalidité avait été nié dès lors que le recourant n'avait présenté d'incapacité de travail qu'entre le 27 février et le 2 septembre 2012 et qu'ainsi, une incapacité de longue durée au sens de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI (une année) n'était pas donnée. En outre, des mesures professionnelles lui avaient été également refusées car sa capacité de travail était entière dans toute activité. Le 7 septembre 2016, le recourant a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, lors de laquelle la Dresse G_____ a mis en exergue des facteurs indépendants de son état de santé (et donc non pertinents) tels que l'illettrisme et l'absence de permis de conduire (cf. ci-dessus : consid. 8b). En effet, il ne ressort d'aucun rapport versé au dossier que le recourant serait atteint d'une « infirmité congénitale » qui l'empêcherait d'apprendre à lire et à écrire, comme celui-ci le prétend dans le formulaire de demande de prestations déposé le 7 septembre 2016. La Dresse G_____ a également fait état d'une dépendance à l'alcool, sans qu'il ne soit allégué que cette dernière aurait provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale ou que cette addiction résulterait elle-même d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie (cf. ci-dessus : consid. 9b). À cela s'ajoute une dépression réactionnelle (au fait de ne pas trouver du travail) qui, à teneur du rapport du 19 octobre 2016 de la Dresse G_____, ne fait pas obstacle à une capacité de travail pleine et entière dans une activité lucrative adaptée ne demandant pas de savoir lire, écrire ou conduire, permettant d'alterner les positions, ne s'exerçant pas principalement en marchant et ne nécessitant pas le port de charges lourdes. Quant au rapport du 30 janvier 2017 du Dr D_____, interniste traitant, il retient certes moins de limitations fonctionnelles d'ordre physique que sa consœur psychiatre (pas de port de charges supérieures à 20 kg) et porte peu ou prou la même appréciation sur les capacités du recourant (restrictions dues à l'illettrisme). Quoiqu'il en soit, la Dresse G_____ et le Dr D_____ se rejoignent sur l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

E. 14

Sans se fonder sur des avis médicaux qui divergeraient sur ce dernier point, le recourant soutient que dès lors que les Drs D_____ et G_____ exprimeraient des avis discordants sur ses limitations fonctionnelles ainsi que leurs causes, il s'avérerait impossible de se prononcer « sur [sa] capacité de travail dans le cadre de son activité ordinaire d'homme à tout faire ou d'agent d'entretien » (cf. réplique, p. 2). En argumentant de la sorte, le recourant tente non seulement de substituer son appréciation personnelle à celle de ses médecins mais aussi, il omet de préciser,

A/1569/2018 - 14/15 - d'une part, que le Dr H_____ s'est bel et bien prononcé sur la capacité de travail en question en lui délivrant des arrêts de travail – motivés par une épicondylite passagère – du 8 septembre 2015 au 28 octobre 2015, dans le cadre de sa dernière activité exercée en tant que « homme de terrain à la mairie de Meyrin » (cf. rapport du Dr D_____ du 30 janvier 2017) et, d'autre part, qu'à la fin du traitement de l'affection précitée, l'examen clinique s'était révélé normal (cf. rapport du 26 juillet 2017 du Dr H_____). Au vu de ces éléments, le rapport du 8 février 2018 du Dr I_____, sur lequel se fonde la décision litigieuse, ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'il retient une

capacité de travail exigible entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Du reste, la décision de refus de prestations – non contestée – du 11 janvier 2013 aboutissait à cette même conclusion (pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle et a fortiori pas non plus dans une activité adaptée) en présence de troubles physiques persistants et de limitations fonctionnelles similaires à ceux invoqués lors du dépôt de la nouvelle demande en septembre 2016 (cf. les rapports du Dr D_____ des 7 juin 2012 et 13 septembre 2012, ainsi que le rapport du Dr F_____ du 7 octobre 2011). Au demeurant, le Dr D_____ ne mentionne plus, dans son rapport du 30 janvier 2017, la « douleur du genou persistante » dont il était encore question dans le rapport du 13 septembre 2012. En conséquence, force est de constater qu'il ne ressort pas de l'instruction médicale du dossier qu'on serait en présence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité par rapport à la décision initiale. Dans ces conditions, les faits pertinents de la cause sont suffisamment élucidés et point n'est besoin de renvoyer le dossier à l'intimé pour nouvelle décision basée sur une expertise des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et de leurs conséquences.

E. 15

Le recours sera donc rejeté.

E. 16

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, qui sera arrêté au montant minimal de CHF 200.-. Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG).

A/1569/2018 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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