

GE_GERICHTE ATAS/929/2016 vom 10. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_929_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/929/2016 du 10 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/929/2016 del 10 novembre 2016

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) en vigueur depuis 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a. Selon l'art. 61 let b LPGA, repris à l'art. 89B al. 3 LPA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Cette disposition - applicable d'office - découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte en question (arrêt 8C_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 et les références). Il suffit que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_761/2015 du 3 mai 2016). Ainsi, les conclusions doivent être interprétées, selon le principe de la confiance, à la lumière de la motivation, et l'interdiction du formalisme excessif commande de ne pas se montrer trop strict dans la formulation si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant (arrêt 2C_986/2013 du 15 septembre 2014 consid. 2.2, citant les arrêts 4A_688/2011 consid. 2 non publié in ATF 138 III 425 et 4A_375/2012 consid. 1.2 non publié in ATF 139 III 24).

A/4310/2015 - 11/16 - L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'obtenir la modification de la décision attaquée ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 292/02 du 17 décembre 2002 consid. 4). b. En l'espèce, il ressortait de l'écriture du 10 décembre 2015 que l'assuré contestait la décision de refus d'octroi de prestations du 12 novembre 2015, dans la mesure où il alléguait que son incapacité de travail s'élevait à 50%, quelle que soit l'activité envisagée, alors que l'intimé avait retenu

une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dès lors, on pouvait aisément comprendre les motifs du recours, à savoir la détermination erronée du degré d'invalidité. En contestant la décision litigieuse, le recourant entendait clairement demander l'annulation de ladite décision et requérait l'octroi d'une prestation de l'AI. L'on pouvait dès lors aisément déduire les conclusions, qui ressortaient implicitement de l'acte de recours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 10 décembre 2015, complété le 8 février 2016, contre la décision de l'intimé du 12 novembre 2015, est par conséquent recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 3

Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité.

E. 4

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 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 (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. 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 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).

A/4310/2015 - 12/16 - Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens des droits 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).

E. 5

Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 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 de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Ainsi, en cas de nouvelle demande de prestations ou de procédure de révision, le changement de circonstances ne peut être qualifié d'important que s'il influence le degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2009 du 15 mars 2010 consid. 3). Les conditions d'entrée en matière prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente

identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

E. 6

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. Lorsque l'administration entre en matière sur la 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 entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

E. 7

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 particulier, si des rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

A/4310/2015 - 13/16 - pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir

compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 8

En l'occurrence, il convient d'examiner si la situation médicale s'est péjorée depuis le refus de prestation formulé le 31 août 2012, de manière à influencer la capacité de travail de l'assuré. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 31 août 2012 à ceux prévalant au moment de la décision querellée, rendue le 26 janvier 2015. En août 2012, l'intimé avait rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que si celui-ci était certes dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle, il avait recouvré, dès décembre 2008, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ces conclusions se basaient sur l'expertise réalisée le 17 janvier 2011 par le Dr S_____, lequel avait admis l'existence de limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire : éviter les positions de porte-à-faux, les mouvements répétés en flexion-extension, la position statique debout plus de 30 minutes, le port

A/4310/2015 - 14/16 - répété de charges de plus de 10 kg ou occasionnel de plus de 15 kg et la position assise plus d'une heure. En définitive, l'expert avait admis une totale incapacité à exercer la profession de maçon en raison de lombosciatalgies gauches dans le contexte d'une hernie discale. En revanche, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles décrites était exigible à plein temps depuis la stabilisation du cas, soit depuis août 2009. À l'époque, les différents rapports médicaux versés au dossier faisaient état d'une dessiccation au niveau de l'espace inter-somatique L4-L5 accompagnée d'une protrusion discale sans véritable conflit disco-radicaire L4-L5, de discrètes lésions dégénératives des articulations interapophysaires postérieures, d'une dystrophie osseuse modérée, d'une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures, d'une fibrillation auriculaire, de quelques difficultés attentionnelles ainsi que d'un léger dysfonctionnement exécutif, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique bi-occipital régressif survenu en mai 2009 (tout en précisant que, d'un point de vue strictement cardio-vasculaire, l'activité habituelle restait malgré tout exigible à plein temps et sans diminution de rendement) et d'un possible épisode dépressif concomitant. À l'époque déjà, le Dr M_____ avait exprimé l'avis qu'il était peu probable que l'assuré puisse dépasser un taux de 50% dans une activité adaptée mais l'expert s'était écarté de cette opinion. À l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a notamment produit des rapports du Dr V_____, des 3 et 17 septembre 2014, 27 août 2015 et 1er février 2016, faisant état de l'AVC survenu en 2009, d'une hypertension artérielle, d'une hernie discale L4-L5 et d'une fenestration interlaminaire L4-L5 intervenue en 2014. Le médecin précise que, nonobstant cette intervention, son patient souffre toujours de douleurs lombaires séquellaires. Il certifie que l'assuré ne peut plus pratiquer son ancien métier et estime que sa capacité de travail, même dans une activité adaptée, reste limitée à 50%, en raison de la fatigabilité liée aux douleurs dorsales mais également d'un point de vue neurologique et psychologique. L'activité adaptée doit, selon lui, consister en une activité légère, sans port de charges lourdes, alternant les positions et évitant les agenouillements. Le Dr U_____ évoque quant à lui un syndrome vertébral avec contracture musculaire gauche et limitation de la mobilité lombaire mais une force conservée aux membres inférieurs. Une nouvelle IRM, réalisée en octobre 2012, montre une sténose foraminale L4-L5 gauche pouvant comprimer l'émergence de la racine L5 gauche. Ce médecin, en février 2013, a précisé que si le patient

restait très algique à l'examen clinique, il n'y avait ni déficit notable, ni diminution de la sensibilité sur le pied gauche ; un ENMG n'avait montré aucune lésion radiculaire. Les HUG ont conclu quant à eux à un syndrome radiculaire L5 gauche, discrètement déficitaire sur hernie discale L4-L5 gauche avec conflit radiculaire L5 gauche en précisant que les symptômes étaient présents depuis 2008.

A/4310/2015 - 15/16 - Force est de constater que la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la nouvelle décision de refus de l'intimé est semblable à ce qu'elle était au moment du premier refus de prestations. Il n'est en particulier fait mention d'aucun nouveau diagnostic et, surtout, d'aucune nouvelle limitation fonctionnelle. Le Dr V _____ justifie l'incapacité de travail de son patient par son état neurologique et psychologique. Or, du point de vue neurologique, aucune nouvelle atteinte n'a été mise en évidence. Quant au plan psychique, force est de constater que les allégations du médecin traitant - au demeurant non spécialisé en la matière - ne sont ni argumentées ni étayées. Qui plus est, il n'y a eu ni prise en charge psychiatrique, ni hospitalisation dans un établissement spécialisé, ni même traitement médicamenteux sur ce plan. Le Dr V _____, en retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ne fait donc que substituer sa propre appréciation à celle du Dr S _____, laquelle a donné lieu à une décision désormais entrée en force. À cet égard, on rappellera qu'une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août consid. 4.1). En l'espèce, l'expert avait déjà conclu en 2011 à la possibilité d'exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles. En définitive, la situation demeure donc inchangée, les lombosciatalgies gauches chroniques étant déjà connues au moment du refus initial de prestations. À l'heure de la seconde demande, aucune atteinte physique nouvelle n'est évoquée. La situation médicale du recourant ne s'est dès lors pas péjorée de manière à influencer sa capacité de travail. Quant aux troubles psychiques rapidement évoqués par le médecin traitant, tout porte à croire qu'ils sont insuffisamment marqués pour avoir des conséquences sur la capacité de travail de l'intéressé. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations formulée par le recourant. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, est rejeté.

E. 9

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI n'est pas gratuite. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI). Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge du recourant.

A/4310/2015 - 16/16 - 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.