

GE_GERICHTE ATAS/983/2013 vom 8. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_983_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/983/2013 du 8 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/983/2013 del 8 ottobre 2013

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; RS E 2 05) en vigueur dès 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er

A/1787/2013 - 11/18 - janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Conformément à l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. L'art. 39 LPGA prévoit, d'une part, que les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (al. 1), et d'autre part, que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (al. 2). En l'espèce, la décision du 25 avril 2013 a été rendue bien après l'expiration du délai de 30 jours imparti par l'intimé pour apporter d'éventuelles objections au projet de décision du 10 septembre 2012. C'est donc à juste titre que l'OAI a transmis à la Cour de céans le recours du 29 mai

2013, qui lui avait été adressé par erreur par le recourant. Le recourant a reçu la décision du 25 avril le 29 avril 2013. En postant son recours le 29 mai 2013, il a agi en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Bien que succinct, l'acte du recourant permet de comprendre quelle est la décision attaquée, expose tout de même les faits et les motifs de son désaccord. L'on comprend par ailleurs qu'il demande l'annulation de la décision litigieuse, malgré l'emploi inapproprié du terme "réviser", ce dernier étant réservé aux décisions formellement passées en force (cf. art. 53 al. 1 LPGA), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, les conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA, notamment l'art. 61 lit. b LPGA sont réalisées.

A/1787/2013 - 12/18 - Le recours est ainsi recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui conférer un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

a) Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). b) Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5) (ATF non publié 9C 1012/2008 du 30 juin 2009). 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). c) En l'espèce, la Cour de céans constate que lors de sa première demande de prestations, l'instruction médicale du dossier a été abandonnée alors qu'une réactualisation des données médicales était à l'ordre du jour. Il sied également de relever qu'un examen matériel du droit aux prestations avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves n'ont pas été effectués. C'est sur ces bases, en axant son argumentation sur la clause d'assurance (art. 6 al. 2 LAI), que l'intimé a rejeté la demande par décision du 10 janvier 2003 confirmée par décision sur opposition du 20 décembre 2005. Ainsi, cette dernière ne saurait constituer le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande déposée par le recourant en date du 29 mars 2009. Partant, celle-ci doit être examinée comme s'il s'agissait d'une première demande de prestations.

E. 6

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI).

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGa. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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).

E. 8

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). 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

A/1787/2013 - 14/18 - de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

E. 9

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 10

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/1787/2013 - 15/18 - 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 11

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

A/1787/2013 - 16/18 - 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).

E. 12

En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Sans remettre en cause l'expertise du BREM réalisée le 29 juin 2012, il soutient qu'il aurait fallu tenir compte des deux interventions médicales qu'il a subies après la réalisation de cette expertise, soit le 2 août 2012, respectivement le 11 mars 2013. À titre liminaire, il y a lieu de relever que le rapport d'expertise des Dresses H_____ et I_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi du recourant et qu'il tient compte des plaintes de celui-ci. Ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent apparaître aucune contradiction. Bien que postérieures à l'expertise, les interventions médicales du 2 août 2012 et du 11 mars 2013 ont été néanmoins envisagées par les expertes. Elles ont précisé à cet égard que si une intervention était réalisée au niveau des tendons péroniers, il en résulterait une incapacité de travail temporaire, mais non définitive. En examinant les pièces produites par le recourant à l'appui de son courrier du 21 mai 2013, en particulier la lettre de sortie des HUG du 20 mars 2013, il apparaît que les suites post-opératoires de l'intervention du 11 mars 2013 ont été favorables, que le patient a débuté une rééducation à la marche et qu'il a pu rentrer à son domicile le

E. 14

mars 2013 en bénéficiant d'un arrêt de travail à 100% du 11 mars 2013 au 25 avril 2013 inclus, soit 46 jours au total, ce qui confirme le caractère temporaire de l'incapacité de travail mentionné par les expertes. Le fait qu'une attestation du Dr A_____, datée du

21 mai 2013, mentionne une affection chirurgicale de la cheville gauche, non encore guérie, ne remet pas non plus en question leur appréciation. Il en va de même de l'attestation d'un rendez-vous médical pour un contrôle radio-clinique en date du 29 mai 2013 ou de clichés de la jambe gauche, datés du 7 mai 2013 et non commentés. S'agissant de l'incapacité de travail attestée dans divers rapports émanant des médecins-traitants du recourant, il convient de relever que ces rapports ne précisent pas de manière systématique le point de départ de cette incapacité ou son ampleur exacte. Ainsi, le rapport intermédiaire du Dr A_____ du 7 juin 2011 fait état d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité purement sédentaire, tout en laissant entrevoir une forte amélioration si l'intervention chirurgicale au niveau des tendons péroniers – qui n'avait pas encore eu lieu à ce moment – était effectuée. D'avis différent, le Dr F_____, du département de chirurgie des HUG, précise dans son rapport du 7 octobre 2011 à l'OAI n'avoir prescrit aucun arrêt de travail au recourant. Ainsi, le SMR relève de manière convaincante dans A/1787/2013 - 17/18 - son avis du 29 novembre 2011 – antérieur à l'expertise diligentée par le BREM – qu'il ne disposait pas, en l'état, d'informations exploitables permettant d'établir la capacité de travail résiduelle. À la lumière de ces éléments, on ne saurait affirmer que les rapports des médecins traitants permettent de remettre en cause les conclusions des expertes, ce d'autant moins qu'elles reprochent aux médecins traitants d'avoir délivré des arrêts de travail en se fondant principalement sur les plaintes du recourant et sans analyser de manière détaillée ses affections. Évoquant la question des limitations fonctionnelles, les expertes du BREM rapportent qu'il n'y a pas de limitation au plan physique, toute activité ne nécessitant pas la position à genoux ou accroupie, ou sur un chantier (échelle, échafaudages, terrain instable) est exigible. En cela, les limitations retenues concordent avec celles retenues par le Dr A_____ dans son rapport du 8 octobre 2009. Rien ne permet ainsi de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'intimé, sur la base de cette expertise, a nié le droit à toute prestation d'assurance en tenant compte d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. 13. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1787/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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