

GE_GERICHTE A/1536/2012 vom 28. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1536_2012

FR: GE_GERICHTE A/1536/2012 du 28 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1536/2012 del 28 giugno 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.06.2013
A/1536/2012

A/1536/2012 ATAS/691/2013 du 28.06.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1536/2012
ATAS/691/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 juin
2013 3ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro recourant contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des
Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré),
né en 1953, a travaillé en qualité de juriste dans le domaine commercial et
immobilier.![endif]>![if> 2. Le 27 septembre 2002, l'assuré a déposé une première
demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) en invoquant un neurinome du paquet
stato-acoustique gauche apparu en mai 2001.![endif]>![if> 3. Le 21 octobre 2002, le Dr
N_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a
confirmé le diagnostic de neurinome du huitième nerf crânien gauche apparu en mai 2001.
Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à plein temps mais avec une
diminution de rendement - non quantifiée - due à la fatigue auditive. ![endif]>![if> 4.
Par décision du 2 octobre 2003, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation au motif que
l'atteinte à sa santé n'occasionnait pas d'incapacité de travail, mais une simple gêne dans
certaines situations. Cette décision est entrée en force.![endif]>![if> 5. Le 3 mars 2009,
l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant un trouble
cyclothymique avec des phases de dépression, apparu en 2002. ![endif]>![if> 6. Par
courrier du 1 er avril 2009, l'assuré a précisé que cette seconde demande se fondait sur une
cause différente de la première. Il invoquait désormais les troubles psychiques qui avaient
entraîné une incapacité totale de travail à compter du 1 er janvier 2009.![endif]>![if> 7.
Le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté dans un certificat du
30 mars 2009 d'un trouble affectif bipolaire épisode mixte ayant entraîné une hospitalisation
en octobre 2008.![endif]>![if> Ce diagnostic a été confirmé par un rapport du CENTRE DE
THERAPIE BREVE du 14 janvier 2009. 8. Par décision du 19 avril 2012, l'OAI a
reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 6 octobre
2009.![endif]>![if> Se référant à l'avis de son SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR),
l'OAI a admis que, depuis le 6 octobre 2008, la capacité de travail de l'assuré avait été nulle,
quelle que soit l'activité envisagée. 9. Par écriture du 21 mai 2012, l'assuré a interjeté
recours contre cette décision en concluant à son annulation en tant qu'elle ne fait remonter le
début de son droit à la rente qu'au 1er octobre 2009. ![endif]>![if> L'assuré fait valoir que la
réalité de ses plaintes n'a pas été prise en considération à sa juste mesure par l'OAI dans sa
décision de 2003 et que cette sous-évaluation de la situation a eu pour conséquence qu'il a

sombré dans un état de dépression tel qu'il lui a été impossible d'assumer certains actes courants de la vie en raison d'une confusion mentale qui l'a mis hors d'état de déposer une nouvelle demande plus tôt. 10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 juin 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé fait remarquer que sa décision de refus de prestations du 2 octobre 2003 est entrée en force. L'intimé relève que le recourant se contente d'apporter une appréciation différente de la situation médicale ayant donné lieu à cette décision mais aucun fait nouveau. En effet, l'existence d'un neurinome était alors connue de tous les médecins, lesquels n'ont jamais évoqué de problèmes liés à une confusion mentale. Qui plus est, ladite confusion n'a été étayée par aucun avis médical.

11. Par écriture du 13 juillet 2012, l'assuré a répliqué que le fait nouveau invoqué consiste dans la nouvelle appréciation à laquelle s'est livrée l'OAI dans sa décision du 19 avril 2012. Selon lui, l'OAI serait en effet parvenu à une appréciation différente basée sur des faits pourtant identiques.

12. Une audience de comparution personnelle et d'enquête s'est tenue en date du 30 août 2012. Le recourant a expliqué que la découverte de la tumeur a été suivie d'une longue période d'incertitude jusqu'en 2002, car s'est posée la question de savoir s'il fallait procéder à une intervention qui comportait de nombreux risques. Durant cette période, il a consulté onze médecins différents. A ceci s'ajoutait l'angoisse liée au fait que la zone touchée était proche de fonctions vitales (battements du cœur et respiration). Le recourant s'est étonné que le début des prestations ait été fixé une année après le dépôt de sa seconde demande, et non six mois après.

13. Entendu par la Cour de céans, le Dr O_____, médecin traitant du recourant depuis novembre 2005, a expliqué que deux aspects devaient être distingués, celui de la tumeur - qui ne montre aucun signe de rechute - et celui des problèmes psychiques - l'assuré souffre d'une psychose borderline chronique, évoluant en vagues, mais stabilisée. Le médecin a expliqué que la confusion mentale évoquée faisait partie d'une période d'exacerbation de la maladie bipolaire sans aucun lien avec la tumeur. Il n'y avait pas non plus de lien entre la tumeur et le trouble bipolaire. Selon le témoin, la confusion mentale induite par le trouble psychique est effectivement telle qu'elle a une influence sur la gestion des affaires courantes. Cela évolue en vagues : parfois, l'assuré est parfaitement bien, d'autres fois, totalement incapable de gérer ses affaires.

14. Le 28 septembre 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions visant l'octroi d'une rente entière à tout le moins dès novembre 2006. Au surplus, il a demandé que soit mise sur pied une expertise. A l'appui de sa position, le recourant a produit un courrier rédigé le 24 septembre 2012 par le Dr N_____. Le médecin confirme qu'il suit l'assuré depuis juin 1999 et qu'une brusque surdité est apparue en juillet 2001, qui a conduit à la découverte d'un Schwannome du nerf acoustique gauche entraînant une perte auditive de 65 décibels de ce côté-là. Le médecin allègue que son patient a été fortement perturbé par le diagnostic, surtout quant à la décision du choix thérapeutique et à son évolution. Il indique qu'il est cependant très difficile de quantifier cela en incapacité de travail. Selon lui, le plus objectivement possible, sur le plan de la concentration professionnelle et intellectuelle, on peut évaluer à environ 30 % le taux d'incapacité de travail en relation de causalité directe avec le Schwannome. Le médecin a ajouté n'avoir quant à lui constaté aucune confusion mentale chez l'assuré.

15. Par écriture du 5 novembre 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En substance, l'intimé fait valoir que si l'état de santé de l'assuré s'était aggravé suite à la décision du 2 octobre 2003, il appartenait au recourant de l'en aviser par le biais d'une nouvelle demande. Dans la mesure où il était capable de consulter le Dr N_____ alors qu'il ne présentait pas de confusion mentale, il était exigible de

lui qu'il dépose une demande de prestations. 16. Par écriture spontanée du 16 novembre 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'assuré maintient que les conditions d'une révision seraient réunies.![endif]>![if> EN DROIT 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).![endif]>![if> La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En premier lieu, il convient de qualifier l'écriture de l'assuré. ![endif]>![if> Ce dernier invoque en effet l'apparition d'un « fait nouveau » par rapport à la décision du 2 octobre 2003. Cependant, si le recourant entendait demander la révision procédurale pour fait nouveau de la décision du 2 octobre 2003, il aurait dû saisir l'autorité qui a rendu la décision en question – soit l'OAI – et non la Cour de céans. Quoiqu'il en soit, sa demande aurait été manifestement infondée, vu l'absence de fait nouveau. On ne saurait en effet considérer – comme le soutient le recourant – que le « fait nouveau » consisterait dans le changement de position de l'OAI à son égard puisque la décision du 19 avril 2012 a été motivée par une toute autre atteinte à la santé que celle ayant fait l'objet de la première décision. L'argumentation de l'assuré sur ce point est donc à tout le moins manifestement infondée, voire à la limite de la témérité. L'écriture de l'assuré sera donc considérée comme un recours contre la décision du 19 avril 2012. Ce recours respecte les exigences de forme et de délai posées par la loi (art. 56 ss LPGA) et doit donc être déclaré recevable. 3. 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'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). ![endif]>![if> 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). 4. 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 de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). ![endif]>![if> 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 p. 87). 5. 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; Stéphane 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). 6. 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 (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) 7. En l'espèce, si l'intimé a fait débiter le droit du recourant au mois d'octobre 2009, c'est qu'il a admis que le début de l'incapacité durable de travail remontait au 6 octobre 2008. A cet égard, il paraît nécessaire de rappeler que si le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à

l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI), il n'en demeure pas moins qu'en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente ne s'ouvre que si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Dans la mesure où l'intimé a admis une incapacité totale de travail à compter d'octobre 2008, c'est donc à juste titre qu'il a fait remonter le début du droit à la rente à octobre 2009. Le début de la totale incapacité de travail est confirmé par le Dr O_____, qui a attesté de l'hospitalisation de son patient en octobre 2008. 8. Le recourant fait par ailleurs valoir que c'est son état de confusion mentale qui l'aurait empêché de déposer sa nouvelle demande de prestations plus tôt. Ce faisant, il invoque l'art. 48 al. 2 LAI aux termes duquel, si, en principe, un assuré ayant droit à des prestations présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, à moins que l'assuré n'ait pu connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et ait fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits – auquel cas les prestations arriérées lui sont versées au-delà des douze mois précédant le dépôt de sa demande. La jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière est très restrictive dans la mesure où par « faits ouvrant droit à des prestations », il faut entendre l'atteinte à la santé physique et mentale qui ouvre droit à des prestations et non pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état ; il s'agit bien plutôt de savoir si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non. Ainsi, l'assuré qui connaissait les faits ouvrant droit à des prestations mais qui ignorait qu'ils lui donnaient droit à ces prestations ne peut se prévaloir de cette disposition (ATF 102 V consid. 1a p. 113). Au surplus, il sied encore de relever que le TF a constaté que l'absence, à l'art. 48 al. 2 LAI, d'une disposition relative à l'impossibilité d'agir pour cause de force majeure devait être considérée comme une véritable lacune due à une inadvertance du législateur et qu'il était par conséquent juste d'assimiler à la demande présentée dans l'année qui suit la naissance du droit celle que l'assuré empêché d'agir à temps par un cas de force majeure présente plus tard, dans un délai convenable – qui n'a pas été précisé – après la cessation de l'empêchement. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une impossibilité objective s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance s'il l'avait pu et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif comme d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V consid. 2a p. 115). En l'espèce et au vu de la jurisprudence restrictive rappelée supra, l'argument du recourant selon lequel il aurait été dans une confusion mentale telle qu'elle devrait être considérée comme un cas de force majeure ne saurait être retenu. En effet, ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, le Dr N_____ a nié avoir jamais observé un tel état chez son patient. Le Dr O_____ a d'ailleurs expliqué que la confusion mentale qu'il évoquait faisait partie d'une période d'exacerbation de la maladie bipolaire, et qu'elle évoluait par vagues : parfois, l'assuré est parfaitement bien, d'autres fois, totalement incapable de gérer ses affaires. Dans cette mesure, il était parfaitement exigible de l'assuré qu'il saisisse l'intimé d'une nouvelle demande de prestations durant l'une des périodes d'accalmie de son état. 9. Il convient enfin d'examiner si la demande déposée par l'assuré précédemment, le 27 septembre 2002, était suffisamment concrète pour justifier la sauvegarde de son droit dès cet instant, comme semble le défendre le recourant. En effet, bien que les prestations sociales ne soient en principe servies qu'à la demande de l'ayant droit, le TF a estimé qu'en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte (VSI 1998 p. 212 consid. 2a). Force est

cependant de constater que l'on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas s'être, alors, penché sur l'état psychique du recourant, dont ce dernier lui-même reconnaît qu'il ne s'est dégradé que postérieurement à la première décision de l'OAI. Ainsi, seul le dépôt d'une nouvelle demande pouvait justifier que celui-ci réexamine la situation. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté comme manifestement infondé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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