

GE_GERICHTE A/688/2023 vom 19. Februar 2024

GE Cour de justice, 2024-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_688_2023

FR: GE_GERICHTE A/688/2023 du 19 février 2024

IT: GE_GERICHTE A/688/2023 del 19 febbraio 2024

Erwägungen

E. 3

juin 2020 – relatif à une consultation du 14 mai 2020 – dans lequel le professeur E_____ et le docteur F_____, respectivement responsable d'unité et médecin interne auprès de l'Unité de neurologie générale et cognitive des HUG, ont conclu à un trouble neurocognitif mineur multi-domaine plurifactoriel dont la date était inconnue mais qui était sans aggravation depuis l'examen neuropsychologique de 2016. Au titre des facteurs qui leur semblaient entrer en considération pour le diagnostic précité, ils ont mentionné la leucopathie d'origine vasculaire et possiblement sur HIV, les troubles du sommeil et symptômes de dépression et d'anxiété, les médicaments anti-greffe et leur possible rôle dans le ralentissement psychomoteur, tout en précisant qu'une maladie neurodégénérative sous-jacente ne pouvait pas être totalement exclue ;!endif]>!if> o un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 7 juillet 2020 du docteur G_____, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'assurée présentait actuellement une symptomatologie dépressive dans un contexte de facteurs de stress (confinement et peur d'infection, rupture sentimentale récente avec un homme rencontré un an plus tôt, « statu[t] irrégulier en Suisse »). Pendant l'entretien avec le Dr G_____, l'assurée avait accepté la proposition de mise en place d'un suivi psychiatrique. Dans l'attente d'un premier rendez-vous au CAPPI-Servette, ce médecin lui avait prescrit une augmentation de son traitement de Remeron à 15mg/j. ;!endif]>!if> o un rapport de consultation cognitive et neurocomportementale du 12 mai 2022 – relatif à une consultation du 1 er mars 2022 – dans lequel les docteurs H_____ et I_____, respectivement chef de clinique et médecin interne, ont diagnostiqué un trouble neurocognitif majeur débutant amnésique, langagier et exécutif, d'origine multiple (vasculaire, thymique, troubles du sommeil). Ils ont précisé que l'origine mixte de ce trouble était probable. Actuellement, on ne pouvait écarter ni une participation de l'infection au VIH à ce tableau, ni la présence d'une maladie dégénérative pour expliquer la perte d'autonomie récente ;!endif]>!if> o un rapport de consultation médicale de psychiatrie initiale du 8 juin 2022, faisant suite à une consultation du même jour, dans lequel le docteur J_____, médecin interne auprès du Service de psychiatrie adulte des HUG, a indiqué que l'assurée aurait fait des épisodes de dépression par le passé sans avoir bénéficié de suivi psychiatrique, hormis quelques consultations ponctuelles. Une consultation unique au CAPPI-Servette avait eu lieu 2020 mais n'avait pas débouché sur un suivi. Depuis 2005, elle recevait un traitement de Mirtazapine (7.5 mg/j) et du Stilnox, prescrits par son médecin traitant. Elle rapportait une symptomatologie anxio-dépressive qui évoluait depuis de nombreuses années. Elle était régulièrement angoissée en raison de sa situation de précarité sur le plan social. Elle évoquait sa peur d'être expulsée ou de ne plus bénéficier de son traitement et des soins. Depuis quelques semaines, elle « aurait présenté » une péjoration de son état (durant la période où elle avait été vue par la psychiatrie de liaison) mais au cours de ces derniers jours, elle aurait recommencé à

retrouver son état de base. Sans mentionner de diagnostic, le Dr J_____ a indiqué que l'examen psychiatrique avait révélé une patiente dont le discours était cohérent, qui arrivait à restituer avec précision et sans trop de difficultés ses éléments biographiques. La thymie était abaissée, les affects congruents à l'humeur. Il n'y avait pas d'idées noires. On notait la présence d'une légère anhédonie et aboulie et un sommeil sous somnifère. Il y avait une diminution de l'élan vital et des ruminations anxieuses. L'examen n'avait révélé ni méfiance ni symptômes psychotiques positifs. L'assurée évoquait des difficultés de concentration et de l'attention ;

o un rapport de consultation de cardiologie du 9 juin 2022 des docteurs K_____ et L_____, respectivement chef de clinique et médecin interne au Service de cardiologie des HUG, concluant à une cardiomyopathie hypertrophique asymétrique du septum basal (diagnostic posé le 16 novembre 2020).

d. Par courrier du 11 août 2022, l'association Rebondir a expliqué que l'assurée fréquentait leur structure depuis sa création en 2006. Si jusqu'en 2018, son état, avec des hauts et des bas, était plus ou moins sans grandes aggravations, l'association avait constaté, depuis 2018, une péjoration évidente de sa santé tant physique que psychologique. Pour illustrer ce point, l'association, soit pour elle Madame M_____, a fait état, en substance, d'une perte d'autonomie et d'indépendance de l'assurée dans son quotidien, avec une fatigabilité majeure, des oublis, un ralentissement, une diminution de l'endurance déployant ses effets dans tous les domaines de la vie de l'assurée. Celle-ci recevait de l'aide de la part de bénévoles et de l'IMAD (courses, ménage, démarches administratives et hygiène). Enfin, Mme M_____ a précisé qu'elle avait constaté une légère erreur dans le rapport du 8 juin 2022 du Dr J_____, en ce sens que la séparation de l'assurée d'avec son compagnon ne remontait pas à une semaine mais à une année. S'agissant de l'état physique, Mme M_____ ne pouvait pas se prononcer mais renvoyait à la documentation médicale envoyée par la Prof. D_____.

e. Dans un rapport du 6 octobre 2022, le SMR a constaté, à la lumière des documents reçus le 28 juillet 2022, que l'atteinte connue (insuffisance rénale) avait connu une aggravation et qu'il existait également de nouvelles atteintes aux plans neuropsychologique (troubles cognitifs importants), métabolique (diabète insulino-dépendant – en relation avec le traitement immunosuppresseur de greffe rénale – et prurit sine materia) et psychiatrique (dysthymie de longue date). Selon le SMR, les documents au dossier parlaient en faveur d'une péjoration globale de l'état de santé de l'assurée.

Sur la base de ces éléments, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis janvier 2002 dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée avec exigence de rendement, cette capacité, qui avait été de 20% jusqu'au 31 décembre 2017, était nulle depuis le 1^{er} janvier 2018. S'agissant des limitations fonctionnelles, le SMR a précisé que l'absence de rendement exigible s'expliquait par le manque d'endurance psychophysique et la nécessité d'un cadre tenant compte d'une fatigabilité majeure, d'une dyspnée à l'effort, d'oublis et d'un manque de flexibilité.

f. Par avis complémentaire du 29 novembre 2022, le SMR a précisé qu'au plan médical, on était en présence d'un tableau polymorbide qui découlait de l'atteinte qui avait fait l'objet de la première demande et/ou des traitements qui avaient suivi. Étant donné que la survenance des diverses atteintes secondaires était difficilement déterminable dans le temps et que probablement, certaines de ces atteintes étaient déjà présentes et incapacitantes dans le cadre de la première voire de la deuxième demande, il convenait de conclure qu'on était en présence d'un tableau clinique en aggravation.

E. a. Par projet de décision du 6 décembre 2022, l'OAI a envisagé de ne pas octroyer de prestations à l'assurée. Suite au dépôt, le 22 février 2022, de la nouvelle demande, l'instruction médicale avait révélé que

les atteintes que l'assurée présentait actuellement découlaient de l'atteinte qui, le 23 mars 2007, avait fait l'objet de la première demande. De ce fait, l'assurée ne remplissait toujours pas les conditions d'assurance pour l'octroi de prestations sous forme de rente.

!endif]>![if> b. Par courriel du 19 janvier 2023, l'association Rebondir a informé l'OAI, pièces justificatives à l'appui, que la totalité de la fratrie de l'assurée souffrait des mêmes maladies héréditaires que l'assurée elle-même (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque et diabète).!endif]>![if> c. Par décision du 26 janvier 2023, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assurée pour les motifs déjà indiqués dans son projet de décision du

E. 6

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.!endif]>![if> 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. 28 a 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

!endif]>![if>

E. 7.1

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées).!endif]>![if>

E. 7.2

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 59 consid. 2b et les références citées).!endif]>![if>

E. 7.3

Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité n'est pas absolu ; si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de toute prestation. En effet, il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 37 ad art. 4). Dans un arrêt du 19 décembre 2018, le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a confirmé, dans le cas qui lui était soumis, que la récupération d'une capacité totale de travail pendant une période de trois ans et dix mois après deux ans d'incapacité partielle due à des troubles psychiques entraînait une interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance. En revanche, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2 et 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2). Si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015, déjà cité, consid. 3.2). Cela est le cas lorsque l'atteinte à la santé ne se limite pas à celle qui existait au moment du refus de la première demande de prestations mais qu'une atteinte à la santé totalement différente, ayant conduit à une augmentation du degré d'invalidité, s'y est ajoutée (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1.1 in fine). Par « augmentation du degré d'invalidité », il faut comprendre toute augmentation justifiant le passage à un échelon de rente supérieur (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 76/05 du 30 mai 2006 consid. 2, auquel l'ATF 136 V 369 précité renvoie).

E. 7.4

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une

reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires; ATF 128 V 39). Ces principes, qui valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou d'une nouvelle demande, ne font toutefois pas obstacle à la prise en compte d'un nouveau cas d'assurance, puisque celui-ci est dépourvu de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et les références ; cf . aussi ci-dessus : consid. 7.3). En cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 8

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).!

E. 9

!

E. 9.1

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf . ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).!

E. 9.2

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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. 10

En l'espèce, la procédure clôturée par la décision du 6 février 2009 portait sur le droit de la recourante à une rente (ordinaire) entière d'invalidité, plus particulièrement sur la réalisation des conditions d'assurance. L'intimé a nié que ces conditions fussent remplies par la recourante, après avoir constaté que cette dernière ne remplissait pas les conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI au moment de la survenance de son invalidité, le 1^{er} janvier 2003. Cette décision n'a pas été contestée par la recourante. Ainsi, la question de savoir si selon l'art. 6 al. 2 LAI, la recourante a cotisé pendant au moins une année entière (cf . aussi l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) ou séjourné en Suisse de manière ininterrompue pendant dix ans au moment de la survenance de l'invalidité a déjà été tranchée par la décision entrée en force du 6 février 2009. L'intimé et la chambre de céans sont donc liés par cette décision (cf . ATF 136 V 369 consid. 3.2). Puisque la décision du 6 février 2009 a constaté que la recourante ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité, en janvier 2003, celle-ci ne peut prétendre à une rente d'invalidité sauf admission d'un nouveau cas d'assurance, ce qui implique la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2). Par ailleurs, il est nécessaire que la survenance de ce nouveau cas d'assurance conduise à une augmentation du degré d'invalidité justifiant le passage à un échelon de rente supérieur (cf . ci-dessus : consid. 7.3 in fine). Dès lors que le dernier examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents remonte à la décision du 6 février 2009 et qu'il n'est pas contesté que l'invalidité de la recourante n'a pas connu d'interruption depuis sa survenance le 1^{er} janvier 2003, le point décisif consiste, en principe, à déterminer si la comparaison de l'état de santé existant au moment de la décision initiale (insuffisance rénale terminale secondaire à une infection au VIH) avec la situation régnant au moment de la décision litigieuse, met en lumière l'apparition d'une atteinte à la santé totalement différente. Sachant toutefois que la décision du 6 février 2009, entrée en force, retenait un degré d'invalidité de 83%, correspondant déjà à une rente entière, une éventuelle atteinte à la santé nouvelle, qui serait totalement distincte de l'atteinte initiale, ne pourrait de toute manière pas conduire à un échelon de rente supérieur (cf . art. 28 al. 2 LAI). Bien qu'il ne soit pas nécessaire, dans ces conditions, d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles multiples que la recourante présentait au moment de la décision attaquée découlent de l'atteinte rénale initiale et s'il existe un lien entre le VIH et cette atteinte – qui était de toute façon invalidante au 1^{er} janvier 2003, indépendamment de son étiologie contestée par la recourante –, on relèvera néanmoins qu'il résulte en synthèse du rapport du 22 juillet 2002 de la Prof. D_____, que cette atteinte initiale s'est péjorée depuis le rapport du Prof. C_____ du 2 avril 2007 (aggravation de la fonction rénale du greffon et développement de complications d'insuffisance rénale chronique) et que cette évolution s'est accompagnée, à tout le moins d'un point de vue somatique, de divers troubles que la professeure précitée ne considère pas comme totalement distincts de l'atteinte initiale mais en rapport avec celle-ci, tant d'un point de vue

neuropsychologique (troubles cognitifs), cardiaque (insuffisance cardiaque) que métabolique (diabète insulino-dépendant et prurit sine materia).

E. 11

Dans ces circonstances, le recours ne peut qu'être rejeté.![endif]>![if>

E. 12

Un émolument de CHF 200.- est mis à charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1 bis LAI).![endif]>![if> ***** 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.