

GE_GERICHTE A/917/2004 vom 12. Januar 2006

GE Cour de justice, 2006-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_917_2004

FR: GE_GERICHTE A/917/2004 du 12 janvier 2006

IT: GE_GERICHTE A/917/2004 del 12 gennaio 2006

Erwägungen

E. 2

Rupture partielle du tendon du biceps droit avec diminution fonctionnelle, (cf. rapport ci-joint), le patient ayant vu pour ce problème le Dr O_____, orthopédiste.

E. 3

Insuffisance artérielle du membre inférieur gauche apparue en juin 2002 avec ischémie aiguë du pied gauche sur embolisation artérielle et persistance des douleurs à la marche, (cf. 3 rapports d'angiologie ci-joints).

E. 4

Etat dépressif persistant nécessitant un traitement médicamenteux par intermittence. Enfin, un éthylo-tabagisme chronique ayant eu entre autres comme conséquence en 2002 une oesophagite sténosante et ulcérée (cf. rapport de l'OGD ci-joint)." Suivant l'avis du service médical régional Léman (SMR), l'OCAI, le 31 octobre 2003, a requis des renseignements plus complets du Dr O_____, orthopédiste, quant à la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité légère. Après avoir pris contact avec la Dresse N_____, le Dr M_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé, dans un avis daté du 23 février 2004, que l'assuré devrait tenter de réduire le dommage en contrôlant sa consommation de toxiques et d'alcool et en se soumettant aux traitements prescrits. Il a par ailleurs relevé que la toxicomanie n'avait pas, en soi, valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Il a indiqué qu'après un épisode aigu, l'atteinte artérielle n'entraînait plus de troubles fonctionnels notables dans une activité légère et que la rupture partielle du biceps droit, après la phase aiguë, ne devait plus non plus entraîner de douleur, le seul problème restant étant celui de la perte de force. N'ayant reçu aucun nouvel élément, le 6 avril 2004, l'OCAI a rendu une décision sur opposition, déclarant celle-ci irrecevable. Par courrier du 28 avril 2004, la Dresse N_____ a formé recours contre la décision sur opposition, en faisant état d'un malentendu. Elle a expliqué avoir à tort prié son patient de reprendre contact avec le Dr P_____ en lieu et place du Dr O_____. En date du 14 mai 2004, le Dr O_____, orthopédiste, a certifié que le patient présentait une ancienne rupture du long chef du biceps droit depuis plus de deux ans qui le gênait modérément et qu'il était plus atteint par les séquelles de sa rupture de coiffe gauche en raison notamment de douleurs, de limitations fonctionnelles et de diminution de la force. En ce qui concernait les possibilités thérapeutiques, pour l'épaule droite, aucun traitement chirurgical n'était à envisager, la situation étant stabilisée. En ce qui concernait l'épaule gauche, le patient pouvait bénéficier d'une échographie de manière à s'assurer l'intégrité de la coiffe. Quant à sa capacité de travail comme écuyer et peintre en bâtiment, il pensait qu'elle était actuellement nulle pour des raisons fonctionnelles qui l'empêchaient de pratiquer un métier manuel avec dextérité ainsi que pour des raisons de sécurité. Dans son préavis du 17 juin 2004, l'OCAI a en

premier lieu considéré que, dans le cadre de la procédure administrative, on ne pouvait que constater l'impossibilité d'obtenir les renseignements nécessaires pour entrer en matière sur la demande de révision déposée le 6 novembre 2002. Il a admis toutefois qu'au cours de la procédure de recours lui était parvenu un rapport du Dr O _____, daté du 14 mai 2004, qui devait éventuellement permettre d'entrer en matière sur la demande de révision. Ce nouveau rapport médical ayant été soumis au Dr M _____, celui-ci avait relevé que l'état de santé était resté le même et que l'assuré ne subissait pas d'aggravation se traduisant par une modification notable des fonctions de l'appareil locomoteur. Dès lors, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Invité à se déterminer d'ici au 23 juillet 2004, l'assuré ne s'est pas manifesté. Sur ce, la cause a été gardée à juger. Les autres faits pertinents de la cause seront repris en tant que de besoin dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1^{er} let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166). En effet, en l'espèce, les faits déterminants - soit l'aggravation de l'état de santé alléguée - remontent au mois de juin 2002. Pour les mêmes motifs, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas non plus applicables (ATFA du 31 août 2003, cause I 591/03). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur (cf. ATFA non publié du 16 février 2005 en la cause U 263/03). Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Aux termes de l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). La demande de révision doit établir de

manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence vise à empêcher que l'administration ne doive examiner à plusieurs reprises des demandes identiques, non motivées d'une manière plus précise, c'est-à-dire dont l'auteur n'allègue pas un changement de la situation (ATF 117 V 198 consid. 4b = RCC 1992 p. 98). Il suffit que l'assuré démontre de manière plausible la modification de l'un des faits pertinents pour le droit aux prestations. L'autorité est donc tenue d'examiner d'abord si les allégations de l'assuré sont plausibles; si ce n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra notamment compte du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la manière dont l'administration a traité la question de l'entrée en matière que si cette entrée en matière est litigieuse, c'est-à-dire si l'administration, se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI, a décidé de ne pas entrer en matière et si l'assuré forme un recours à cause de cela (VSI 2001 p. 81 consid. 1; RCC 1992 p. 99s. consid. 4b; RCC 1984 p. 364 consid. 3), ce qui est précisément le cas en l'espèce. Le litige porte sur les points de savoir s'il se justifiait de déclarer l'opposition irrecevable et si l'invalidité du recourant s'est modifiée, entre le 21 juin 2000 (date de l'octroi d'une demi-rente) et le 4 septembre 2003 (date à laquelle la décision querellée a été rendue), de manière à ouvrir droit à une rente entière. Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATFA I 249/01), le TFA a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et réf. citées), ne s'appliquait pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le TFA a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA H 290/98 du 13 juillet 2000). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. En l'occurrence, c'est ce qu'a fait l'autorité intimée. Elle n'a cependant pas reçu les documents demandés dans le délai imparti, pour les raisons qui ont ensuite été données par le médecin de l'assuré, et sur lesquelles il n'est pas nécessaire de revenir ici. Dans la mesure où elle avait commencé à instruire la cause en interrogeant le SMR et le Dr N_____, l'autorité intimée aurait dû statuer en l'état et non déclarer l'opposition irrecevable. Les documents demandés ont été produits au cours de la procédure de recours et l'autorité intimée elle-même a admis qu'ils rendaient plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. Pour des raisons d'économie de procédure, et compte tenu du fait que l'autorité intimée a eu l'occasion durant la présente procédure de s'exprimer quant au fond du litige, le tribunal de céans entrera donc en matière plutôt que de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Selon l'art. 4 al. 1 er LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée

permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis RAI). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01). D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c). Il s'agit de déterminer in casu si les pièces versées dans le cadre de la procédure de recours permettent d'établir une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 21 juin 2000, date à laquelle a été rendue la première décision de l'OCAI. La Dresse N_____ fait état d'une péjoration de l'état de santé de son patient en septembre 2002 et allègue que ses douleurs à l'épaule gauche se sont accentuées avec une limitation fonctionnelle modérée, qu'il a subi une rupture partielle du tendon du biceps droit avec diminution fonctionnelle, qu'il souffre depuis juin 2002 d'insuffisance artérielle du membre inférieur gauche avec ischémie aiguë du pied gauche sur embolisation artérielle et persistance des douleurs à la marche, que son état dépressif persistant nécessite un traitement médicamenteux par intermittence et que son éthylo-tabagisme chronique a eu comme conséquence en 2002 une oesophagite sténosante

et ulcérée. Malgré tout, le Tribunal de céans ne peut que constater l'absence d'aggravation significative de l'état de santé du recourant s'agissant des épaules par rapport à l'époque où la décision de rente a été rendue puisque les douleurs à l'épaule gauche ont été prises en compte lors dans la première décision, qu'il a déjà été relevé à l'époque par la division de réadaptation professionnelle que le membre supérieur droit était atteint d'une symptomatologie analogue à celle du gauche, l'empêchant de pallier aux déficiences de ce dernier et que, selon le Dr O _____, si le patient présente certes une ancienne rupture du long chef du biceps droit, celle-ci ne le gêne que modérément. Les autres pièces médicales versées au dossier permettent d'établir que le recourant, éthylo-tabagique, a souffert d'une insuffisance artérielle au membre inférieur gauche dont il s'est rapidement remis, qu'il doit suivre des traitements intermittents s'agissant de son état dépressif et qu'il a rencontré des problèmes de gastrites. Ces circonstances sont certes de nature à démontrer que son état de santé a pu s'aggraver à plusieurs reprises, mais non que sa capacité de travail résiduelle en a été affectée durablement. Au demeurant, lors d'un entretien téléphonique du 23 février 2004 entre le Dr M _____ et la Dresse N _____, celle-ci a précisé que le recourant n'avait plus de douleurs mais une perte de force partielle au niveau du biceps droit, qu'il ne présentait pas de troubles notables s'agissant du membre inférieur gauche et que ses douleurs à l'épaule gauche ne s'étaient pas aggravées de manière significative. Force est de constater qu'au vu des documents produits, il n'apparaît pas que l'invalidité du recourant se serait modifiée de manière à influencer son droit à la rente. L'état de santé du recourant paraît même plutôt s'être stabilisé sur le plan physique. Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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