

GE_GERICHTE ATAS/1204/2013 vom 9. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1204_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1204/2013 du 9 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1204/2013 del 9 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité déposée par l'assurée.

A/1615/2013 - 11/14 -

E. 5

a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (al. 2 et 3 depuis le 1er janvier 2012), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). b) L'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). c) Le principe inquisitoire, selon

lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI 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 (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

A/1615/2013 - 12/14 -

E. 6

En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a retenu que les rapports des médecins de l'assurée, versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 septembre 2012, ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé physique ou psychique de la recourante. Le rapport de la Dresse L _____ du 13 janvier 2013 mentionne, au titre d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, les migraines. Or, les diagnostics de migraines et d'arthrose interapophysaire postérieure avaient été posés en 2008 déjà. Ils n'avaient pas justifiés de révision de la rente à l'époque, ce que l'assurée n'avait pas contesté. Les cervico-dorso-lombalgies aiguës, deuxième aggravation de l'état de santé citée par la Dresse L _____ dans son certificat médical du 13 janvier 2013, étaient déjà diagnostiquées dans son rapport du 27 juin 2004. La fracture de la V côte antérieure droite semble être liée à l'accident. Or, la même praticienne a établi, le 19 septembre 2012, un certificat médical suite à l'accident lequel indique que l'incapacité de travail était totale à compter du 19 septembre 2012, mais que la patiente retrouverait sa pleine capacité de travail « selon évolution clinique ». Il n'était pas envisagé que les suites de l'accident impliquent une incapacité de travail durable. Le précédent certificat médical de la Dresse L _____, daté du 20 septembre 2012 est quasiment similaire en tous points à celui du 5 juillet 2004. La Dresse L _____ précise d'ailleurs que les plaintes de la patiente « restent les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue ainsi qu'au niveau du MSG ». La remarque selon laquelle « depuis l'accident de circulation, l'état de santé de la patiente se péjore, tant sur le plan physique que psychique, ce qui ne lui permet pas de travailler », n'est étayée par aucun élément concret ou certificat médical de spécialiste qui mettrait en avant de façon claire et précise une péjoration, invalidante, de l'état de la patiente. Sur le plan somatique, les autres certificats médicaux produits par l'assurée (la radiographie du rachis cervical, l'échographie du cou et celle du poignet) concluent à des

résultats dans la norme, sous réserve de troubles passagers ou en tous les cas non invalidants à l'instar de l'hernie hiatale avec reflux sans oesophagite peptique. Sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif cité par la Dresse L_____ le 13 janvier 2013 avait déjà été diagnostiqué en 2004. Il avait fait l'objet d'une expertise psychiatrique. L'expert n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux. La comparaison entre l'état de santé de l'assurée depuis la dernière demande de prestations AI (mars 2011) et la présente demande ne s'est pas péjoré de manière essentielle depuis la dernière décision. Ainsi, quand bien même on ferait abstraction des différentes demandes de révision, en comparant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2004, il s'avère que l'appréciation des conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail en 2012 ne diffère pas de celle retenue antérieurement.

A/1615/2013 - 13/14 - Aussi, dans la mesure où la recourante n'a pas rendu plausible le fait que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas.

E. 7

Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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.