

GE_GERICHTE ATAS/1245/2013 vom 17. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1245_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1245/2013 du 17 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1245/2013 del 17 dicembre 2013

Erwägungen

E. 23

Le 7 janvier 2013, l'arrêt du 1er mai 2012 a été confirmé, sur recours, par le Tribunal fédéral, dans un arrêt non publié 9C_486/2012.

E. 24

Le 5 avril 2013, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une attestation établie par le Dr H_____ le 2 avril 2013, dans laquelle ce médecin certifiait qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis plusieurs mois. Après avoir rappelé que l'assurée était atteinte de diabète de type II et qu'elle souffrait de la maladie de Crohn et de la maladie de Verneuil, ce médecin a expliqué que la situation métabolique s'était compliquée avec l'apparition d'une acidose métabolique importante difficile à juguler. Sa patiente souffrait en outre de douleurs ostéomusculaires probablement en lien avec la maladie de Crohn. Le traitement d'Humira, le traitement anti-diabétique, le traitement anti-hypertenseur et celui lié à la correction métabolique de l'acidose entraînaient, chez l'assurée, une fatigue importante. Le Dr H_____ considérait dès lors que l'assurée était totalement incapable de travailler.

E. 25

Par courrier du 8 avril 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Cet office précisait en outre qu'il serait utile que l'assurée produisit un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, avec l'indication de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles existantes. L'OAI expliquait enfin à l'assurée qu'en l'absence de réponse dans le délai imparti, il se verrait contraint de statuer en l'état du dossier et de décider de ne pas entrer en matière.

E. 26

Le 7 mai 2013, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations en raison des atteintes suivantes : maladie de Crohn, maladie de Verneuil et insuffisance rénale. En annexe à la demande figuraient les documents suivants : a) Un certificat établi par le Dr F_____ le 16 avril 2013, dans lequel ce médecin, après avoir décrit la maladie de Verneuil, a expliqué que les traitements antiseptique et antibiotique au long cours, injection de stéroïde intra-lésionnelle et chirurgicale ne permettaient pas d'enrayer le processus. Malgré un traitement d'anti-TNF (Humira), la maladie n'avait pas régressé. Les poussées étaient toujours aussi violentes, occasionnant des douleurs importantes rendant tout travail

A/2897/2013 - 9/16 - impossible. Compte tenu du caractère invalidant et permanent de cette maladie et de l'utilisation de tous les traitements existants à ce jour, le Dr F_____ estimait qu'il était impossible, pour sa patiente, de reprendre une activité professionnelle dans des conditions normales. Par ailleurs, une reconversion lui paraissait également impossible. b) L'attestation du Dr H_____ du 2 avril 2013, transmise à l'OAI le 5 avril 2013 (voir supra ch.24). c) Un certificat de la Dresse K_____, du 1er mai 2013, dans lequel le psychiatre traitant expliquait suivre l'assurée depuis novembre 2008 pour un trouble dépressif récurrent. En raison de l'aggravation de la thymie de l'assurée depuis le mois de décembre 2012, ledit trouble était actuellement qualifié d'un épisode dépressif moyen (F33.2), ayant partiellement répondu à la réintroduction du traitement antidépresseur. Ledit traitement devait vraisemblablement être poursuivi à vie eu égard aux échecs précédents d'arrêt. L'aggravation de ses nombreuses maladies somatiques (maladie de Crohn, maladie de Verneuil, insuffisance rénale chronique, diabète de type II insulino-dépendant) ainsi que la lourdeur des soins quotidiens (soins de la poche d'ileostomie, soins liés aux fistules vésico-vaginales et de la fesse) avaient affecté l'humeur de l'assurée. Au vu des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi-nulle et empêchait la reprise d'une activité professionnelle régulière de sorte que la Dresse K_____ appuyait la demande de rente entière d'invalidité.

E. 27

Les pièces médicales nouvelles ont été soumises au SMR qui a considéré, dans un avis du 21 mai 2013, que le certificat du Dr H_____ du 3 avril 2013 et celui du Dr F_____ du 16 avril 2013 n'apportaient aucun élément nouveau. Quant au certificat de la Dresse K_____ du 1er mai 2013, il ne contenait aucun élément en faveur d'une aggravation justifiant des prestations de l'assurance- invalidité.

E. 28

Le 27 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il projetait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, étant donné qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait se seraient modifiées de manière substantielle depuis la dernière décision. En réalité, il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. 29

Le 25 juin 2013, le Dr H_____ a contesté le projet de l'OAI, rappelant les principales atteintes de sa patiente, ajoutant en outre que sa patiente souffrait d'arthralgies chroniques et d'une pathologie rénale associant une atrophie rénale gauche sur pyélonéphrite et d'un calcul pyélique droit d'extraction difficile car constitué d'acide urique et dont la dissolution était rendue problématique en raison de l'impossibilité d'alcaniser les urines. La coexistence de ces pathologies multiples entraînait, sur le plan métabolique, une acidose chronique importante, associée à la perte de bicarbonates par l'iléostomie et à l'incapacité de la

A/2897/2013 - 10/16 - compenser. Le Dr H_____ a résumé la situation, en expliquant que sa patiente était confrontée à une multitude de pathologies, entraînant une altération de son état général, associée à une fatigue et à des douleurs résistant à tous les traitements, y compris les anticorps monoclonaux. Il était donc d'avis que l'assurée ne pouvait pas travailler plus de 20%.

E. 30

Le courrier du Dr H_____ du 25 juin 2013 a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 8 juillet 2013, que ce médecin ne faisait que répéter les atteintes de l'assurée et confirmer son évaluation personnelle d'une capacité de travail de 20%. Il n'apportait aucun élément médical permettant de justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

E. 31

Par décision du 9 juillet 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 7 mai 2013.

E. 32

Le même jour, l'assurée a adressé à l'OAI un certificat établi par le Dr F_____ en date du 21 juin 2013, expliquant que son médecin était décédé dans la nuit du 20 au 21 juin et qu'elle n'avait pas pu obtenir une copie plus tôt. Dans ce rapport de consultation, adressé au médecin-conseil de l'OAI, le Dr F_____ expliquait notamment que, depuis 2008, les poussées étaient de plus en plus rapprochées, rendant toute activité professionnelle impossible. Il rappelait par ailleurs que le traitement à base d'Humira n'avait pas été efficace et que, désormais, il n'y avait plus aucun espoir de traitement.

E. 33

Le rapport de feu le Dr F_____ a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 11 juillet 2013, que ce médecin ne faisait que confirmer l'atteinte dermatologique de l'assurée, en grande partie similaire, à celle prévalant en novembre 2010. Le fait que le traitement n'avait pas été efficace était signe d'une absence d'amélioration et non pas d'une aggravation.

E. 34

Le 15 juillet 2013, l'OAI a adressé à l'assurée une nouvelle décision, remplaçant celle du 9 juillet 2013, dans laquelle il maintenait son refus d'entrer en matière malgré le rapport précité de feu le Dr F_____.

E. 35

Le 11 septembre 2013, l'assurée (ci-après : la recourante) interjette recours contre la décision du 15 juillet 2013. Après avoir expliqué sa situation, elle conclut à la réalisation d'une expertise.

E. 36

L'OAI (ci-après : l'intimé) répond en date du 10 octobre 2013, persistant dans les termes de sa décision.

E. 37

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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

A/2897/2013 - 11/16 - 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. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. 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 janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). 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). 4. 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. 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante. En d'autres termes, il convient d'examiner si cette dernière a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé. 6. a) Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

A/2897/2013 - 12/16 - L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons. 2b, 117 V 198 cons. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'article 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté

recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 cons. 2b). b) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note no 27). c) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle 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 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits

A/2897/2013 - 13/16 - (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 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008). 7. Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). 8. En l'espèce, il y a lieu de comparer la situation prévalant lors de la précédente décision de refus de prestation, datée du 8 août 2011, et celle existant en juillet 2013. a) Lors de la précédente décision de refus de prestations, qui remonte au 8 août 2011, l'OAI disposait des rapports suivants : – Le rapport du 6 octobre 2008 du Dr F_____, dans lequel ce médecin expliquait que lors des poussées de la maladie de Verneuil, la recourante éprouvait des difficultés à se mouvoir et à s'asseoir, avec un impact psychologique considérable, étant toutefois capable de travailler entre 50% et 80%. – Un rapport du 7 octobre 2008 de la Dresse G_____, dans lequel ce médecin faisait état d'une capacité de travail entre 50% et 80% sans diminution de rendement dans une activité qui n'était pas physiquement éprouvante. – Le rapport du 2 avril 2009 du Dr F_____, dans lequel il était indiqué que l'état de la recourante était stationnaire depuis juillet 2008, celle-ci travaillant à 100% en dehors des poussées de la maladie de Verneuil, durant lesquelles le rendement était de 0%, en raison des douleurs importantes et d'une grande difficulté à se mouvoir. – Le rapport du 15 mai 2009 du Dr H_____, qui retenait une capacité de travailler entre 50% et 80% en raison de la fatigabilité accrue due à la multiplicité des problèmes. – L'expertise du 16 octobre 2009 du Dr I_____, qui considérait que si l'activité

d'assistante en pharmacie était exigible à 100%, il existait une diminution de rendement de 20% due à la maladie de Verneuil. – Le rapport du 30 mai 2011 du Dr F _____, dans lequel ce médecin indiquait que l'état de sa patiente était stationnaire, que l'assurée était capable de travailler à 100% dans son activité en dehors des poussées de maladie de Verneuil.

A/2897/2013 - 14/16 - En cours de procédure, les pièces suivantes avaient encore été produites : – L'attestation du 7 octobre 2011 de la Dresse K _____ qui confirmait suivre l'assurée depuis novembre 2008, en raison d'une symptomatologie dépressive, dont l'amélioration avait été progressivement favorable. – L'attestation du 16 novembre 2011 du Dr H _____, qui certifiait que l'état de santé de l'assurée s'était progressivement aggravé durant les vingt-quatre derniers mois, de sorte qu'elle était inapte à travailler dans toute activité. – Les relevés des absences pour cause de maladie de celle-ci durant les années 2008, 2009 et 2010, dont il ressort que l'assurée avait été absente un peu plus de deux semaines et demi en 2008, près de six semaines et demi à raison de quelques jours durant le premier trimestre, quatre semaines en juin et deux semaines et demi en décembre en 2009, et qu'en en 2010, de janvier à juillet (fin du contrat de travail), elle n'avait pas été absente du tout. – Les réponses écrites du Dr F _____ du 14 février 2012, qui expliquait notamment que, s'agissant de la maladie de Verneuil, la situation paraissait s'être calmée jusqu'à ce jour, sans savoir si cela était dû aux effets du traitement. En d'autres termes, lorsque l'OAI avait rendu la précédente décision, il disposait de rapports médicaux faisant état d'une capacité de travail comprise entre 50 et 80%, la diminution étant essentiellement due à la maladie de Verneuil. En outre, les faits démontraient qu'entre 2008 et 2010, l'assurée avait travaillé et qu'elle n'avait présenté que de rares incapacités de travail. Enfin, en cours de procédure, les médecins avaient même fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique et d'une stabilisation sur le plan somatique. b) Lors de la décision du 15 juillet 2013, les pièces médicales dont disposait l'OAI étaient les suivantes : – Le rapport du Dr H _____ du 2 avril 2013, dans lequel ce médecin faisait état d'un diabète de type II, d'une maladie de Crohn et d'une maladie de Verneuil. L'insuffisance rénale chronique modérée compliquait cette situation avec l'apparition d'une acidose métabolique importante difficile à juguler. Le traitement d'Humira (traitement anti FNT) ajouté au traitement anti-diabétique, au traitement anti-hypertenseur et à la correction métabolique de l'acidose avait pour conséquence une fatigue importante. Pour ce médecin, il semblait légitime que la recourante sollicitait l'aide de l'assurance-invalidité. – Le certificat du Dr F _____ du 16 avril 2013, dans lequel il rappelait les manifestations de la maladie de Verneuil, précisant en outre que vu le caractère invalidant et permanent de cette maladie et l'utilisation de tous les traitements existant, il lui semblait impossible que la recourante pût reprendre une activité professionnelle dans des conditions normales. Il en allait de même d'une reconversion, qui lui paraissait impossible.

A/2897/2013 - 15/16 - – Le rapport de la Dresse K _____, du 1er mai 2013, dans lequel ce médecin diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), nécessitant un traitement antidépresseur quasi-continu. Elle indiquait en outre qu'au vu des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi- nulle et empêchait d'envisager une activité professionnelle régulière. – Le rapport du Dr H _____ du 25 juin 2013, dans lequel ce praticien rappelait notamment l'acidose, précisant en outre que

celle-ci était associée à une perte de bicarbonates par l'iléostomie et à l'incapacité rénale de la compenser. Pour ce médecin, la recourante était incapable de travailler à plus de 20% en raison de ses atteintes multiples. – Le rapport du 21 juin 2013 du Dr F_____, dans lequel il était fait état d'une aggravation depuis 2008 avec des poussées de plus en plus rapprochées. d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que si certaines atteintes constatées en 2013 sont certes superposables à celles énumérées en 2011, comme cela est notamment le cas de la maladie de Verneuil ou de l'état dépressif, il existe des indices en faveur d'une aggravation, les poussées de la maladie précitée étant de plus en plus rapprochées et l'état dépressif, qualifié de moyen, nécessitant désormais un traitement antidépresseur continu. En outre, il y a eu apparition de nouvelles atteintes : l'acidose, associée à une perte de bicarbonates, avec incapacité de la compenser et les douleurs articulaires. Il existe donc des indices suffisants d'une modification des circonstances entre 2011 et 2013, de sorte que l'OAI devait donc entrer en matière sur la demande de prestations, ce qui ne préjuge pas de la décision sur le fond, et investiguer en ordonnant une expertise ou un examen multidisciplinaire compte tenu des diverses pathologies dont souffre l'assurée. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 15 juillet sera annulée. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2897/2013 - 16/16 - 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.