

GE_GERICHTE ATAS/1252/2012 vom 16. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1252_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1252/2012 du 16 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1252/2012 del 16 ottobre 2012

Erwägungen

E. 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).

A/2494/2012 - 9/14 - 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. 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).

E. 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. 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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).

E. 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.

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis mai 2009 au point de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si elle rend plausible une telle modification.

E. 6

a) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

A/2494/2012 - 10/14 - 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 demande de révision, 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) La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'article 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière - porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le TFA n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples ("einfache Abklärungshandlungen", ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid.3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule

plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (ATFA non publié I 522/03 du 4 mai

A/2494/2012 - 11/14 - 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). c) 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 (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).

E. 7

a) Dans l'ATF 130 V 64, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure de l'article 87 al.3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a notamment précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'article 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31.12.2002; actuellement, v. art.43 al.3 LPGa) - 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'article 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (voir art.5 al.3 et 9 Cst.féd.; ATF non publié H 290/98 du 13 juillet 2000). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. b) Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69). c) 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

A/2494/2012 - 12/14 - 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).

E. 8

En l'espèce, l'assurée a déposé une première demande de prestations en 1998, qui a donné lieu à une décision de refus le 4 mars 2002, confirmée par les instances judiciaires cantonales et fédérales, les 30 mars 2004 et 12 avril 2005. L'assurée était alors considérée comme étant capable de travailler, en tout cas à 65%, dans une activité simple, ménageant son membre supérieur droit, sans diminution de rendement, aucun trouble psychiatrique n'étant mentionné. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations le 13 février 2006, refusée et qui a donné lieu, après renvoi du Tribunal le 9 septembre 2008, à une expertise rhumatologique et psychiatrique du BREM en décembre 2008. Les experts ont conclu que l'assurée disposait, du point de vue physique, d'une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement qui devait évoluer de 35% à 25%, après une reprise du travail mais que, du point de vue psychique, l'assurée était pleinement capable de travailler, avec une diminution de rendement de 50% dans toute activité et ce malgré un traitement psychotrope et psychothérapeutique suivis. Les experts ont retenu la présence d'un trouble douloureux somatoforme et d'une comorbidité psychiatrique relativement importante et durable, à savoir un épisode dépressif moyen à sévère persistant et résistant au traitement, de sorte qu'il était concevable que, dans une certaine mesure, l'expertisée soit en mesure de faire des efforts nécessaires pour surmonter ces douleurs dans le but d'exercer une activité, pour autant qu'elle le souhaite. Les experts ont retenu la présence partielle des autres critères de la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme. C'est sur cette base qu'ils ont retenu une capacité de travail avec un rendement diminué de moitié depuis 2008. Cependant, le SMR a estimé qu'en raison du fait que l'ensemble des critères jurisprudentiels n'était pas réuni, il convenait de nier au trouble somatoforme un caractère invalidant, de sorte "qu'il ne se justifiait pas de diminuer la capacité de travail de 65% à 50%". C'est sur cette base que l'OAI a refusé, le 26 mai 2009, toute prestation à l'assurée, estimant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. Or, la recourante a déposé une troisième demande le 1er décembre 2011, en se fondant sur le rapport du Dr T_____ du 26 octobre 2011 qui atteste précisément que la patiente ne présente pas d'aggravation de son état de santé psychique depuis le début de son arrivée à la consultation en 2008 et maintient que, depuis lors, sa capacité de travail est de 50%, mais devrait pouvoir augmenter

A/2494/2012 - 13/14 - progressivement. Aucun nouveau diagnostic n'est retenu pour fonder cette limitation de la capacité de travail à 50%. Ensuite, et malgré le délai imparti par l'OAI conformément à la loi, la recourante n'a produit aucun rapport médical rendant plausible une aggravation de son état de santé, le Dr U_____ confirmant l'absence d'aggravation depuis 2008 et le nouveau médecin-traitant, le Dr V_____ sous-entendant clairement qu'aucune incapacité de travail n'est liée à l'état de santé somatique. Par conséquent, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, entrée en force, notifiée le 26 mai 2009. Il n'appartenait dès lors pas à l'intimée d'instruire plus avant les aspects médicaux du cas, et c'est à juste titre qu'elle a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Si la recourante entendait faire valoir que son état psychique était invalidant depuis 2008 et correspondait à une aggravation de son état de santé et de son taux d'invalidité depuis la première décision de 2002, elle devait recourir contre la décision de refus de prestation du 26 mai 2009 et faire valoir, à l'instar de ce que retenait le CEMED,

que la comorbidité psychiatrique était suffisamment grave pour retenir que le trouble somatoforme était - partiellement - invalidant. L'assurée ne semble d'ailleurs pas véritablement prétendre, dans le cadre de la présente procédure, que son état de santé se serait aggravé ultérieurement, mais uniquement que sa capacité de travail est limitée à 50%, depuis 2008, en raison de l'atteinte psychique chronique dont elle souffre.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2494/2012 - 14/14 - 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.