

GE_GERICHTE ATAS/265/2011 vom 17. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_265_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/265/2011 du 17 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/265/2011 del 17 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

E. 4

a) Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, 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. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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). 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'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

A/1866/2010 - 7/10 - 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 114 consid. 2b). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral 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 (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à cette procédure, eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales. Notre Haute Cour 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 condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). 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, par exemple 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. 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 au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références). L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve 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 (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; 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).

A/1866/2010 - 8/10 - Enfin, 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 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

E. 5

En l'espèce, il convient de comparer la situation prévalant lors de la décision du

E. 10

avril 2007 et celle lors de la décision du 26 avril 2010, laquelle confirme le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 12 janvier 2010. Le 10 avril 2007, l'intimé a nié au recourant tout droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. Cette décision se fondait notamment sur les rapports radiologiques des 24 février et 4 août 2005 et sur les rapports des médecins de la CRR et du médecin-conseil de l'assureur-accidents. D'une part, les rapports radiologiques mettaient essentiellement en exergue une discopathie modérée en D12-L1, L1-L2, L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'un début de lombarthrose. D'autre part, les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'assureur-accidents avaient retenu les diagnostics de lombalgies chroniques et de fracture-tassement consolidée de L1; ils avaient préconisé d'éviter les positions et mouvements sollicitant le rachis lombaire. Les médecins avaient conclu à une totale incapacité de l'assuré à exercer son ancienne activité de maçon, mais à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, le recourant ne fait pas explicitement état d'une modification de son état de santé, mais il produit une nouvelle pièce médicale, à savoir le rapport d'IRM établi en date du 8 avril 2009. Ce rapport met en exergue de multiples atteintes, soit une anomalie de signal étagée des coins essentiellement antéro-supérieurs des quatre dernières vertèbres lombaires évoquant des remaniements post-inflammatoires de signal actuellement graisseux et d'éventuelles lésions de Romanus post-inflammatoires, une discopathie L4-L5 sous forme d'un pincement, une dessiccation discale, une déchirure de l'anneau fibreux postéro-médian, une protrusion postéro-médiane et para-médiane droite refoulant légèrement la racine L5 droite à son émergence récessale, une dessiccation discale L5-S1, une protrusion postéro-médiane de petite taille sans conflit discoradiculaire objectivé ainsi qu'une arthrose facettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Il est vrai que ce rapport ne suffit pas pour déterminer quelles sont les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant. Toutefois, il mentionne de nouvelles atteintes objectives qui, hormis la discopathie en L4-L5 et une lombarthrose, n'étaient pas mentionnées lors des précédents examens radiologiques.

A/1866/2010 - 9/10 - La Dresse F _____ a d'ailleurs admis que les troubles évoqués pouvaient découler soit d'une évolution naturelle liée à l'âge du recourant soit d'une aggravation de son état de santé. Au vu des éléments objectifs mis en évidence par l'IRM du mois d'avril 2009 et de l'avis de la Dresse F _____, il faut donc considérer que le recourant a rendu l'aggravation de son état de santé plausible. L'intimé se devait dès lors d'entrer en matière et de réclamer au médecin traitant de l'assuré des informations complémentaires sur l'influence des nouvelles atteintes mises en évidence sur la capacité de travail de son patient, de sorte à confirmer ou infirmer l'aggravation alléguée. Au lieu de cela, la Dresse F _____ s'est contentée d'exclure toute aggravation - après avoir admis que celle-ci pouvait être une éventualité - sans même se prononcer sur l'importance des atteintes mises en évidence par l'IRM. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours en ce sens. La cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier d'instruire plus avant la question de l'influence des nouvelles atteintes sur la capacité de travail de l'assuré. Dans la mesure où la procédure de recours cantonale en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice, un émolument de 100 fr. sera mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI). L'assuré, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 850 fr. (art. 61 let. g LPG).

A/1866/2010 - 10/10 - 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.