

GE_GERICHTE ATAS/269/2014 vom 3. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_269_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/269/2014 du 3 mars 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/269/2014 del 3 marzo 2014

Erwägungen

E. 31

Le 19 novembre 2009, le Service de rhumatologie des HUG a rendu un rapport suite à la consultation du 13 novembre 2009 relevant que le tableau clinique évoquait une sarcoïdose et qu'un scanner thoracique était prévu.

E. 32

Le 3 décembre 2009, le Service de pneumologie des HUG a rendu un rapport dans lequel il a relevé qu'un CT scan thoracique aurait lieu en janvier 2010, lequel devrait permettre de confirmer ou non une sarcoïdose, qu'il n'existait aucun symptôme respiratoire et qu'il n'existait pas d'incapacité de travail du point de vue respiratoire.

E. 33

Le 7 décembre 2009, la Dresse D_____ a indiqué que l'incapacité de travail était encore totale, le cas n'étant pas stabilisé.

E. 34

Le 11 janvier 2010, l'assurée a déclaré maintenir son opposition auprès de la SUVA.

A/3399/2013 - 6/18 -

E. 35

Le 14 janvier 2010, le Service de rhumatologie des HUG a rempli un rapport médical intermédiaire AI en indiquant que l'état était stationnaire et qu'un bilan pneumologique était en cours.

E. 36

Le 6 avril 2010, le Service de pneumologie des HUG a rempli un rapport médical intermédiaire AI en indiquant qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle du point de vue pneumologique et que le pronostic était bon ("pas d'atteinte").

E. 37

Le 19 avril 2010, la Dresse D_____ a confirmé une incapacité de travail totale.

E. 38

Le 15 juin 2010, le Service de rhumatologie des HUG (Dresse G_____) a rempli un rapport médical intermédiaire AI en mentionnant un état de santé stationnaire, une absence d'atteinte pulmonaire au niveau de la sarcoïdose, des cervicobrachialgies du membre supérieur droit d'origine peu claire, avec persistance d'une impotence fonctionnelle du bras droit. Il existait une limitation en actif de l'amplitude de tous les mouvements de l'épaule. Il n'y avait pas d'explication concernant cette impotence fonctionnelle.

E. 39

Le 2 juillet 2010, le Service de rhumatologie des HUG (Dresse G_____) a rendu un rapport pour la SUVA faisant état d'un diagnostic de cervicobrachialgies du membre supérieur droit d'origine pas claire. L'évolution était stationnaire sans franche amélioration. Il n'y avait pas d'indication à un suivi par le Service de rhumatologie. Au vu d'une tendinopathie de la coiffe ajoutée il fallait éviter les mouvements au-dessus de 90° et le port de charges lourdes.

E. 40

Le 9 juillet 2010, le Dr H_____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail n'était pas justifiée, que la capsulite rétractile n'avait jamais été objectivée, qu'il n'y avait aucune lésion de la coiffe et que la contusion de l'épaule droite se traitait en moins d'un an.

E. 41

Par projet de décision du 16 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

E. 42

Le 3 août 2010, l'assurée a écrit à l'OAI que la capsulite rétractile et la discrète bursite avait été vue à l'arthro-IRM du 17 août 2006 et qu'elle présentait des douleurs continues et une mobilité réduite.

E. 43

Le 11 août 2010, le Dr H_____ a confirmé ses précédentes conclusions.

E. 44

Le 18 août 2010, le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un complément d'appréciation selon lequel les investigations médicales permettaient de confirmer l'absence de causalité entre l'accident du 24 juillet 2006 et les troubles actuels car il n'y avait pas de lésion structurelle de l'épaule pouvant être imputée à l'événement du 24 juillet 2006 mais bien plutôt une comorbidité maladie ganglionnaire axillaire, indépendante de l'accident.

E. 45

Par décision du 26 août 2010, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en relevant que le diagnostic de capsulite rétractile avait été écarté par le Service de A/3399/2013 - 7/18 - rhumatologie des HUG et que les diverses investigations permettaient d'exclure une lésion structurelle de l'épaule pouvant être imputée à l'accident.

E. 46

Le 21 septembre 2010, la Dresse D_____ a certifié une incapacité de travail totale depuis le 1er septembre 2010.

E. 47

Le 24 septembre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA (procédure A/3202/2010) en concluant à son annulation, à l'octroi de soins médicaux et préalablement à l'audition de la Dresse D_____ et à la mise en œuvre d'une expertise. Elle fait valoir que le diagnostic de capsulite rétractile a été confirmé à plusieurs reprises et que les rapports médicaux sont contradictoires, la Dresse D_____ certifiant encore d'une incapacité de travail totale.

E. 48

Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

E. 49

Le 22 octobre 2010, la SUVA, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours (A/3202/2010) en relevant que les circonstances de l'accident du 24 juillet 2006 étaient floues, l'assurée ayant donné une version "fenêtre" et une version "porte avec manches", que l'IRM de 2009 avait permis d'écartier une capsulite rétractile, que les avis des Drs C_____, E_____ et I_____ étaient convaincants et qu'une expertise judiciaire et l'audition de la Dresse D_____ n'était pas nécessaire. Subsidièrement, la SUVA a conclu au prononcé d'une reformatio in pejus dans le sens d'une suppression du droit aux prestations à partir de la date que "justice dira".

E. 50

Le 28 octobre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 septembre 2010 (procédure A/3666/2010) en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidièrement à une mise en place d'une expertise médicale et à des mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Elle fait valoir que le diagnostic de capsulite rétractile a été posé par plusieurs médecins, qu'elle ne peut plus exercer son activité de nettoyeuse ni, sans aucune autre formation, reprendre une autre activité professionnelle. 51. Le 24 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le diagnostic de capsulite rétractile avait été écarté (rapport des HUG du 19 mai 2009 et du SMR du 9 juillet 2010), que les douleurs invoquées ne suffisaient pas pour justifier une invalidité et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. 52. Le 26 novembre 2010, le Dr J_____, FMH médecine générale, a certifié une incapacité de travail totale de l'assurée du 1er novembre 2010 au 1er janvier 2011. 53. Le 20 décembre 2010, l'assurée a répliqué (procédure A/3202/2010) en indiquant qu'elle renonçait à l'audition de la Dresse D_____ mais requérait celle de son médecin-traitant actuel, le Dr J_____.

A/3399/2013 - 8/18 - 54. Le 21 décembre 2010, le Dr K_____ a rendu un rapport médical relevant que l'examen clinique-neurologique orientait essentiellement vers probablement plusieurs aberrations neurologiques qu'il ne pouvait pas expliquer. 55. Le 25 janvier 2011, la Dresse L_____, FMH spécialiste en neurologie et électroneuromyographie, a effectué un EMG du membre supérieur droit concluant à une neuropathie discrète à modérée du nerf médian droit dans le canal carpien et une neuropathie modérée du nerf cubital droit au coude, sans explication électrophysiologique à la faiblesse globale du membre supérieur droit. Il s'agissait probablement d'un syndrome douloureux chronique. 56. Le 31 janvier 2011, l'assurée a répliqué (procédure A/3666/210) en relevant que dans son rapport du 15 septembre 2009, le SMR avait reconnu une incapacité de travail totale, le cas n'étant pas encore stabilisé. 57. Par ordonnance du 17 février 2011, la Cour de céans a versé une copie du dossier LAA dans le dossier AI. 58. A la demande de la Cour de céans, X_____ SERVICES SA a indiqué le 28 février 2011 n'avoir eu connaissance que d'un seul accident dont avait été victime l'assurée 24 juillet 2006, décrit dans la déclaration d'accident du 15 août 2006. 59. Le 21 mars 2011, la Cour de céans a entendu la recourante en audience de comparution personnelle. Celle-ci a déclaré : "J'ai subi deux accidents le premier en mai 2006 et le second le 24 juillet 2006. En mai 2006 je nettoyait un bureau, je suis sortie pour aller chercher du matériel de nettoyage. Une

fenêtre était ouverte. Il y a eu un courant d'air et la fenêtre a frappé mon épaule droite. J'ai eu des douleurs mais je n'ai pas été soignée. J'ai informé mon chef de cet accident mais je n'ai pas vu le médecin. J'ai également continué mon travail. Les douleurs à l'endroit du choc ont perduré. Le 24 juillet 2006, alors que j'ouvrais la porte pour sortir du bureau la poignée de celle-ci s'est accrochée dans la manche ce qui a étiré mon épaule. Cela a entraîné de fortes douleurs. La douleur n'était pas exactement au même endroit que lors du premier accident. En effet, lors de ce dernier j'ai été frappée par la fenêtre derrière l'épaule alors que lors du second j'ai subi un étirement jusqu'au haut du cou. Mon bras a gonflé de façon importante à la suite du deuxième accident j'ai également subi une douleur intense. Je me suis rendue le même jour à l'hôpital accompagnée de ma fille. Avant mes accidents je n'avais jamais souffert de l'épaule. Les accidents ne se sont pas produits dans le même bureau mais dans le même bâtiment où je travaillais, dans la nouvelle aile de l'ONU. Actuellement je souffre encore de mon bras et je n'arrive pas à soulever du poids. Les douleurs sont restées les mêmes depuis toutes ces années.

A/3399/2013 - 9/18 - Je suis en traitement chez le Dr J_____ depuis novembre 2010 et je l'ai vu à deux reprises. Le Dr J_____ m'a entre autre prescrit du Dafalgan. Je prends régulièrement des médicaments. Le traitement me soulage mais je ne vois pas de grands changements. Je ne suis pas suivie par d'autres médecins. Je ne vois plus le Dr D_____. Celle-ci ne voulait plus me suivre, je considère qu'elle m'a trahie en me laissant tomber dans les moments difficiles. Le Dr J_____ a vu les radios de mon épaule et a constaté que je souffrais de l'accident. Il a certifié que je ne pouvais plus travailler ce qui est le cas depuis février 2008. J'ai de la peine à m'occuper de mon ménage, j'utilise ma main gauche mais je n'arrive plus à nettoyer mon appartement qui est sale. Je n'utilise pas mon bras droit en raison des douleurs et j'utilise en permanence une écharpe (corde) pour le soulager. Ma fille ne m'aide pas beaucoup dans les tâches ménagères car elle est peu disponible. J'avais demandé à mon médecin, la Dresse D_____, pour obtenir une aide dans le ménage mais celle-ci n'avait pas été d'accord. Depuis mon arrivée en Suisse en 1990 j'ai travaillé principalement dans le secteur du nettoyage le soir à temps partiel. Sans l'accident j'aurais continué mon travail à temps partiel. Avant Noël j'ai consulté le Dr K_____ 14, rue de V_____, lequel a pratiqué un certain nombre d'examens. Il a trouvé quelque chose au niveau du bras. L'assurée a requis une expertise judiciaire et l'intimée s'est opposée à une telle instruction en relevant que la recourante avait été hospitalisée aux HUG à deux reprises dans un but diagnostic et avait été examinée par trois médecins d'arrondissement. Elle a déclaré réserver sa demande de reformatio in pejus dans le cas où une expertise judiciaire serait ordonnée. 60. A la demande de la Cour de céans, les Drs K_____, D_____ et J_____ ont transmis des avis médicaux. a. Le 5 avril 2011, le Dr K_____ a indiqué qu'il avait vu les 20 décembre 2010 et 24 janvier 2011 la recourante, qu'elle présentait une impotence totale du membre supérieur droit dont l'étiologie était indéterminée, perturbant sa capacité de travail, que plusieurs traitements dont de la physiothérapie avaient échoué, qu'il n'était plus certain que la compliance soit optimale, que l'affection n'était pas avec certitude en lien de causalité avec les accidents de mai et juillet 2006 mais que ceux-ci avaient influencé une partie de l'affection jusqu'en décembre 2006, que la patiente avait bénéficié de nombreux examens, tous négatifs et, enfin, qu'une dissociation somatoforme pourrait être à l'origine de l'affection. b. Le 9 avril 2011, le Dr J_____ a indiqué qu'il avait vu la patiente lors de deux consultations seulement les 26 novembre 2010 et 10 janvier 2011, qu'elle présentait un syndrome algique du bras droit (douloureux chronique) entraînant une incapacité de travail de 75 %, qu'il y

avait peu de vraisemblance d'une

A/3399/2013 - 10/18 - causalité de l'affection avec les accidents et qu'il n'avait pas traité la patiente qui n'était plus venue le voir depuis le 10 janvier 2011. c. Le 9 mai 2011, la Dresse D _____ a indiqué qu'elle suivait la patiente depuis février 2008, que celle-ci présentait un diagnostic de séquelles d'une capsulite rétractile modérée de l'épaule droite, une discrète bursite sous-acromion-deltaïdienne et une tendinopathie du sus-épineux et de l'intra-épineux à droite, que les investigations des HUG n'avaient pas permis d'expliquer l'impotence du membre supérieur droit et que la patiente, avec un peu de volonté, pourrait reprendre une activité de nettoyeuse à raison de deux heures par jour depuis le 1er octobre 2010. 61. Par arrêt du 20 juin 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée (A/3202/2010 - LAA) en considérant qu'aucun des avis médicaux au dossier ne permettait d'admettre (au-delà du 31 août 2009) au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une causalité naturelle et adéquate entre les accidents de mai et juillet 2006 et l'affection dont souffrait la recourante. 62. Le 24 juin 2011, à la demande de la Cour de céans, la Dresse G _____ a rendu un rapport médical selon lequel elle n'avait pas revu la patiente depuis juillet 2010, l'examen clinique était très difficile chez la patiente au vu de contre-pulsions, de sorte qu'il n'était pas possible de confirmer des limitations fonctionnelles objectivables; celle-ci n'employait pas du tout son membre supérieur droit et était convaincue de l'impotence complète de ce dernier; enfin le diagnostic de capsulite rétractile évoluait en général favorablement après deux ans mais dans le cas de la patiente l'évolution avait plutôt été dans le sens d'un syndrome douloureux chronique. 63. Par arrêt du 29 août 2011 (ATAS/779/2011), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 septembre 2010. L'arrêt relève ce qui suit : « En l'espèce l'affection dont souffre la recourante n'a pas été clairement objectivée par les médecins. Après avoir posé un diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite (le 5 octobre 2007) et tendinopathie de l'épaule droite (mars 2009), la Dresse G _____, du service de rhumatologie des HUG, a indiqué le 2 juillet 2010 des cervicalgies du membre supérieur droit d'origine peu claire avec persistance d'une impotence fonctionnelle du bras droit inexplicquée et une tendinopathie de la coiffe entraînant des limitations fonctionnelles.

A la demande de la Cour de céans, la Dresse G _____ a précisé le 24 juin 2011 qu'elle n'avait pas revu sa patiente depuis juillet 2010, que celle-ci n'utilisait pas du tout son bras droit, que les limitations fonctionnelles indiquées le 2 juillet 2010 ne pouvaient être confirmées comme étant objectivables, au vu d'un status très limité et de contre-pulsions, qu'une activité de nettoyage n'était pas envisageable car la patiente était convaincue de l'impotence complète de son

A/3399/2013 - 11/18 - membre supérieur droit et que l'évolution de la capsulite rétractile relevée en octobre 2007 avait été dans le sens d'un syndrome douloureux chronique.

Quant aux Drs L _____ (le 25 janvier 2010), K _____ (le 5 avril 2011) et J _____ (le 9 avril 2011), ils ont évoqué respectivement un syndrome douloureux chronique, une dissociation somatoforme et un syndrome algique du bras droit. Enfin, les médecins d'arrondissement de la SUVA et du SMR ont également retenu une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit inexplicquée. Seule la Dresse D _____ a confirmé les 31 mars 2008 et 9 mai 2011, mais de façon succincte, un diagnostic de capsulite rétractile suite à un traumatisme avec douleurs persistantes à l'épaule et cervicalgies. S'agissant des conséquences de l'affection, la Dresse G _____ a estimé le 2 juillet 2010 que les limitations fonctionnelles en raison de la tendinopathie de la coiffe

étaient les suivantes : pas de mouvement au dessus de 90 % et pas de port de lourdes charges. Cependant, le 24 juin 2011, la Dresse G _____ n'a pas été en mesure de confirmer lesdites limitations fonctionnelles. Quant aux médecins- traitants, ils ont relevé pour le Dr K _____ que l'impotence du membre supérieur droit n'était pas expliquée mais perturbait la capacité de travail de l'assurée comme nettoyeuse et dans une éventuelle activité adaptée, pour le Dr J _____ que l'incapacité de travail était de 75 % mais qu'il n'avait vu la patiente que deux fois et pour la Dresse D _____ que l'assurée pouvait, avec un peu de volonté, reprendre son activité de nettoyeuse depuis le 1er octobre 2010. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les avis médicaux au dossier ne permettent pas de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de limitations fonctionnelles objectivables ayant des conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Dans ces conditions, et en particulier au vu du bilan déjà effectué par le service de rhumatologie des HUG, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise rhumatologique. Les médecins s'accordent d'ailleurs plutôt pour évoquer un syndrome douloureux chronique du bras droit. Or, à cet égard, il n'apparaît pas que la recourante, qui n'a pas été suivie par un médecin psychiatre, présente plusieurs des conditions restrictives nécessaires pour admettre le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 4 supra) ». 64. Le 28 novembre 2011, la recourante a retiré le recours qu'elle avait interjeté au Tribunal fédéral à l'encontre de l'arrêt de la Cour de céans du 29 août 2011. 65. Le 17 mai 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. 66. Le 24 mai 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. L'assurée a transmis les documents suivants :

A/3399/2013 - 12/18 - - Une électroneuromyographie du 14 mai 2009 ayant la conclusion suivante : Les PEM du membre supérieur droit sensibilisés par la TST sont discrètement anormaux, ce qui peut traduire : a) un petit déficit de la conduction corticospinale pour le membre supérieur droit ; b) un bloc de conduction partiel sur la portion des racines C8-D1 située proximale au point d'Erb ; ou c) une stimulation magnétique inframaximale (artéfact), chez une patiente ne tolérant pas les fortes intensités de stimulation magnétique. La diminution relative d'amplitude des réponses cutanées sympathiques va plutôt dans le sens d'une algoneurodystrophie sans permettre de l'affirmer. - Un bon de 9 séances de physiothérapie du 5 juin 2009 pour tendinopathie de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle sévère du membre supérieur droit. - Une arthro-IRM du Dr M _____ du 30 mai 2013 concluant à une « tendinopathie distale du supra-épineux droit. Petite atteinte dégénérative du labrum antérieur. Adénomégalies axillaires droites nécessitant un complément d'exploration ». - Une attestation du 5 juin 2013, du Dr N _____ selon laquelle l'assurée était inapte au travail, qu'elle n'avait pas pu reprendre une activité (hormis un essai de six mois) depuis le traumatisme du 24 juillet 2006, lequel entraînait un fond douloureux depuis six mois, qu'elle présentait une amplitude diminuée de l'épaule droite avec une sensibilité diminuée de tout le membre supérieur vers le rachis cervical, qu'une arthro-IRM du 30 mai 2013 montrait une tendinopathie discale avec atteinte du labrum antérieur traduisant une détérioration de l'épaule, que l'état s'était aggravé, avec irradiation de la douleur vers le rachis cervical et en dorsalgie chronique. 67. Le 9 juillet 2013, la Dresse O _____ du SMR a indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis juillet 2010, le Dr N _____ retenant le 5 juin 2013 un traumatisme de l'épaule et un fond douloureux inchangé. 68. Par projet de décision du 9 août 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 69. Le 9 septembre 2013,

l'assurée, représentée par un avocat a observé que depuis le 27 février 2008 sa santé s'était fortement péjorée, comme relevé par le Dr N_____ ; le Dr M_____ avait préconisé un examen complémentaire ; elle attendait un rapport des HUG. Elle a transmis un avis de Dr N_____ du 2 septembre 2013 selon lequel l'état de santé nécessitait des examens complémentaires et une IRM du rachis cervical du Dr M_____ du 4 septembre 2013 concluant à des discopathies dégénératives étagées de C3-C4 à C6- C7 avec notamment une protrusion discale C5-C6 postéro-latérale et foraminale gauche pouvant être conflictuelle avec la racine C5-C6 gauche. 70. Par décision du 23 septembre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.

A/3399/2013 - 13/18 - 71. Le 22 octobre 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 23 septembre 2013 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au motif que son état de santé s'était aggravé ; elle requérait un délai pour compléter son recours et transmettre un rapport du Prof. P_____, médecin-chef de service au service de neuroéducation des HUG. 72. Le 19 novembre 2013, M. Q_____, maître socio-professionnel à l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG, a rédigé un rapport suite à une journée de prise en charge de l'assurée le 18 juin 2013 dont les conclusions sont les suivantes : « Nous restons toujours face à une assurée mono manuelle aucune amélioration entre sa première venue et aujourd'hui n'est observée. Le rendement reste en dessous de toutes normes exploitables dans une activité économique normale. Un reclassement dans une activité lucrative n'est plus envisageable. Au vu des années passées en Suisse le français parlé reste fortement lacunaire pour entreprendre une formation ou perfectionnement dans une activité. Au vu des conditions observées, cette assurée n'est plus en mesure de travailler dans le marché primaire (ou économique). Nous restons également au vu ces observations très réservés sur ses capacités à entreprendre ses tâches ménagères courantes ». 73. Le 26 novembre 2013, le Prof. P_____ a transmis à la recourante un rapport de M. Q_____ du 25 novembre 2013 suite à a prise en charge du 18 juin 2013 concernant l'évaluation des capacités résiduelles de l'assurée et concluant comme suit : « La patiente collabore pendant un peu moins de deux heures. L'évaluation prévue à l'origine sur une journée complète soit 6 heures, n'a donc pas pu être finalisée car la patiente a invoqué des douleurs en augmentation et devenant insupportables. La courte durée d'observation ainsi que les difficultés de communication (la langue française est peu maîtrisée par la patiente) ne permettent pas d'établir, de manière pertinente, les capacités résiduelles de cette patiente ». 74. Le 12 décembre 2013, l'assurée a complété son recours en relevant que l'évaluation des HUG avait conclu à un rendement en dessous de toute norme exploitable ; elle a sollicité l'audition de M. Q_____, suivie d'une expertise médicale judiciaire. 75. Le 15 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'assurée n'avait produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, qu'elle avait ensuite produit le rapport du Dr N_____ du 5 juin 2013, lequel se contentait de rappeler les atteintes déjà connues, que les rapports de M. Q_____ étaient postérieurs à la décision litigieuse et qu'en toute hypothèse ils ne faisaient pas état d'élément nouveau, que la mise en œuvre de mesure d'instruction n'était pas justifiée dès lors que l'objet du litige était limité à la question du refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 76. Le 13 février 2014, l'assurée a observé que le Dr N_____ avait attesté d'une aggravation de l'état de santé et que le Dr M_____ avait relevé des atteintes

A/3399/2013 - 14/18 - dans son rapport du 4 septembre 2013, qu'enfin la prise en charge aux HUG datait du 18 juin 2013, soit antérieurement à la décision litigieuse de sorte que les rapports de M. Q_____ pouvaient être pris en compte. 77. Sur quoi, 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 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) 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).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé du 23 septembre 2013 d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 17 mai 2013 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ainsi que celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012. 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. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

A/3399/2013 - 15/18 - conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise

en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que 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).

A/3399/2013 - 16/18 - Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108

consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 7. a) Selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). b) Lorsque la rente a été refusée une première fois 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 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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). Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3

A/3399/2013 - 17/18 - RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75ss), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351 ; ATF du 3 janvier 2013 9C 516/2012). c) En effet, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse dans la présente procédure (ATF du 6 août 2012 9C 959/2011). 8. En l'espèce, la recourante a transmis trois pièces médicales nouvelles à l'appui de sa seconde demande de prestations, soit un rapport du Dr N_____ du 5 juin 2013, une arthro-IRM du 30 mai 2013 et une IRM du rachis cervical du 3 septembre 2013. L'intimé, sur la base de l'avis du SMR du 9 juillet 2013, a estimé qu'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante n'était rendue plausible. La Cour de céans constate toutefois que le SMR a rendu son avis sur la base du rapport du Dr N_____ du 5 juin 2013 mais qu'il ne s'est pas déterminé sur les lésions attestées par l'arthro-IRM du 30 mai 2013 et surtout celles relevées par l'IRM du 3 septembre 2013 ; en effet ce dernier examen n'a pas été soumis au SMR alors même que cette pièce a été transmise à l'intimé avant la décision litigieuse du 23 septembre 2013, soit le 10 septembre 2013 et qu'elle atteste de discopathies dégénératives et d'une protrusion discale, éléments qui n'ont pas été objectivés dans le cadre de la première demande de prestations. 9. Dans ces conditions, il se justifie d'annuler la décision de refus d'entrer en matière de l'intimé et de renvoyer la cause à celui-ci afin qu'il procède à une instruction médicale concernant les atteintes à la santé attestées principalement par l'IRM du 3 septembre 2013 et rende une nouvelle décision, à la suite de la demande de prestations du 17 mai 2013. Un émoulement de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), ainsi qu'une indemnité de 500 fr. en faveur de la recourante.

A/3399/2013 - 18/18 - 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.