

GE_GERICHTE ATAS/301/2018 vom 10. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_301_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/301/2018 du 10 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/301/2018 del 10 aprile 2018

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 - 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

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.

E. 4

a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 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). 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

A/2293/2017 - 8/13 - matière. À 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 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 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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). 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). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

A/2293/2017 - 9/13 - 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). L'exigence relative au caractère plausible 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 (Damien 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

E. 5

En l'espèce, l'assurée a déposé une demande de prestations AI le 8 juin 2016 en se référant expressément à l'art. 53 al. 2 LPGA. Elle souligne toutefois, dans ses écritures du 21 août 2017, qu'il s'agit-là d'une nouvelle demande de prestations et non pas d'une simple révision de son cas. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, « l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable ». Il convient à cet égard de rappeler que la décision du 5 janvier 2015 avait été contestée auprès de la chambre de céans, et que celle-ci l'a confirmée par arrêt du 15 septembre 2015. Or, une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force ne peut être reconsidérée que si elle n'a pas fait l'objet d'un jugement (RCC 1984 p. 41). La décision du 5 janvier 2015 ne saurait dès lors être reconsidérée par l'OAI au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il est utile d'ajouter que l'assurée avait la possibilité de recourir contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, ce qu'elle n'a pas fait. L'arrêt du 15 septembre 2015 est dès lors entré en force. Aussi ne peut-on revenir sur l'appréciation des rapports médicaux telle qu'elle a été faite par la chambre de céans et qui l'a amenée à rendre cet arrêt, étant toutefois précisé qu'une décision juridictionnelle ne déploie l'autorité de la chose jugée que pour la période ou l'état de fait considéré. Rien n'empêcherait l'organe d'exécution, en cas de modification ultérieure des éléments à la base de sa décision ou à la fin de la période considérée, de statuer à nouveau en procédant à une nouvelle appréciation de l'état de fait (Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC (CCONT), état le 1er avril 2013, nos 2067 et 2068).

A/2293/2017 - 10/13 - C'est dès lors à tort que l'assurée reproche à l'OAI, dans le cas d'espèce, de se référer à l'arrêt du 15 septembre 2015.

E. 6

Lorsque l'assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision, il doit rendre plausible que son invalidité s'est modifiée. Le présent litige se limite dès lors au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande déposée par l'assurée le 8 juin 2016. Il y a lieu en l'espèce de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse, soit le 7 avril 2017, et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations, soit le 5 janvier 2015, et de déterminer s'il est plausible qu'une aggravation de l'état de santé soit intervenue. Pour apprécier une reconsidération, est déterminante la situation de fait qui existait au moment où la première décision – ou décision sur opposition – a été rendue. À défaut, si des faits nouveaux ou de nouvelles preuves susceptibles d'aboutir à une autre appréciation juridique ne sont découverts qu'après coup, on ne se trouve pas en présence d'un cas de reconsidération, mais de révision procédurale. L'organe d'exécution est tenu de revenir d'office sur des décisions formellement passées en force si des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant apparaissent après coup (cf. art. 53 al. 1 LPGA). Une décision juridictionnelle passée en force ne peut être modifiée que dans un procès en révision du jugement (art. 61 let. i LPGA ; TFA du 22 juin 1981, RCC 1982, p. 87).

E. 7

À l'appui de sa demande, l'assurée a produit deux documents médicaux, soit un rapport du Dr K_____ du 9 mai 2016 et un rapport de la Dresse H_____ du 10 mai 2016. Selon le Dr K_____, l'état de santé de l'assurée est stationnaire, voire légèrement aggravé, en raison de

l'affection à l'épaule depuis 2013, alors que selon la Dresse H_____, il est stationnaire concernant la mobilité de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche. Celle-ci relève, il est vrai, une aggravation du syndrome somatoforme douloureux et de l'état anxio-dépressif, sans toutefois apporter de précision à cet égard. Force est ainsi de constater que l'aggravation de l'état de santé, plutôt légère selon le Dr K_____ et inexistante selon la Dresse H_____ s'agissant de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche, remonte à 2013, soit à une date antérieure à la décision du 5 janvier 2015. Pour le reste, les rapports restent succincts.

E. 8

Deux autres attestations datées ont également été versées au dossier. La première est rédigée par le Dr I_____ le 3 février 2017. Ce médecin confirme certes que d'un point de vue psychiatrique, la patiente présente, depuis le début de

A/2293/2017 - 11/13 - son suivi à son cabinet, soit le 7 janvier 2015, une incapacité de travail à 100%, mais précise que la symptomatologie dépressive et anxieuse évolue de manière fluctuante et chronique probablement depuis l'année 2011. La seconde de la Dresse H_____ est datée du 7 février 2017. Elle ne fait état d'aucune modification de l'état de santé de sa patiente, hormis le malaise subi lors de sa consultation. Force est de constater qu'aucune aggravation de l'état de santé n'est mise en évidence par aucun de ces deux médecins.

E. 9

L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir pas procédé aux vérifications nécessaires et persiste à demander à ce que des médecins soient entendus et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Il y a toutefois lieu de rappeler que 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. Or, il résulte de ce qui précède que les pièces produites ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé depuis le 5 janvier 2015. Contrairement à ce que soutient l'assurée, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande des art. 87 al. 3 et 4 RAI, il n'appartient ni à l'OAI ni au Tribunal de procéder à des mesures d'instruction, notamment en entendant ces médecins, mais à l'assuré de fournir les éléments médicaux pertinents. À cet égard, on relèvera qu'il ne suffit pas à l'assuré de déposer des rapports, encore faut-il que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle retenus à l'époque.

E. 10

En cours de procédure, l'assurée a transmis à la chambre de céans un résumé de séjour du 21 juillet 2017 et un rapport de la Dresse H_____ daté du 10 août 2017. Il ne peut cependant être tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Ne peuvent être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, que s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

E. 11

Il apparaît ainsi que l'état de fait est resté quasi identique. Les nouveaux documents médicaux ne rendent pas vraisemblable que les conditions de fait se soient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 5 janvier 2015.

A/2293/2017 - 12/13 - Force est en conséquence de constater que l'assurée n'a pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et propre à modifier ses droits, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière. Aussi le recours est-il rejeté.

A/2293/2017 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.