

GE_GERICHTE ATAS/445/2018 vom 29. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_445_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/445/2018 du 29 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/445/2018 del 29 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

a. 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), 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

E. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou mois fixés par la loi ou par l'autorité compétente ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Suite à la notification de la décision querellée le 21 juin 2017, le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à courir le lendemain. Suspendu du 15 juillet au 15 août 2017, il a repris son cours le 16 août et est arrivé à échéance le 22 août 2017. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Cet acte satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Son recours sera donc déclaré recevable, sous réserve de ce qui suit. 2. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la

A/3467/2017 - 11/16 - mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que

sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). b. L'objet de la contestation, déterminé en l'espèce par la décision du 20 juin 2017, porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 27 mars 2017. Dès lors que le litige ne porte que sur le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité sont irrecevables. 3. a. Selon l'art. 87 du règlement 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). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). 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). b. 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.

A/3467/2017 - 12/16 - 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. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI). c. 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. 2 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. d. 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

A/3467/2017 - 13/16 - 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). e. 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). 4. a. En l'occurrence, se pose donc principalement la question de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse, soit le 20 juin 2017, a rendu plausible une aggravation de son état de santé, survenue depuis le 21 avril 2009, date à laquelle l'intimé a rejeté une précédente demande de prestations après instruction médicale du cas. À cette époque, l'intimé s'était fondé sur les conclusions du Dr K_____, médecin SMR, lequel avait estimé que d'un point de vue somatique, aucun élément nouveau n'était à signaler par rapport à l'avis du

E. 7

mars 2005 du Dr F_____, médecin SMR lui aussi. D'un point de vue psychiatrique, le Dr K_____ avait considéré sur la base du rapport d'expertise du 29 novembre 2008 du Dr J_____ qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante d'un point de vue psychiatrique. Faisant sien l'avis SMR du 9 mai 2017, l'intimé a motivé sa décision de non-entrée en matière du 20 juin 2017 par le fait que les atteintes relevées par le Dr N_____ n'entraînaient pas de répercussions durables sur la capacité de travail (reflux gastro-œsophagien, douleur abdominale sur iléites érosives, pollakiurie avec incontinence urinaire) ou avaient déjà été prises en compte précédemment par le SMR (lombalgie sur hernie discales L3-L4 et L4-L5,

cervico-brachialgie sur hernie discale C6-C7, état anxio-dépressif). Datant du 9 mai 2017, cette dernière affirmation du SMR est manifestement inexacte. À l'époque de la dernière décision reposant sur une instruction médicale du cas, soit le 21 avril 2009, le Dr K_____ estimait en effet que les atteintes d'ordre ostéo-articulaire se résumaient à celles retenues par le Dr F_____ sur la base du rapport d'expertise du

E. 8

décembre 2004 du COMAI, à savoir des cervico-brachialgies gauches avec possible atteinte C8 sur sténose du foramen C7-D1 à gauche. Comme on peut le constater, il n'était nullement question, dans l'avis du 20 janvier 2009 du Dr K_____, de lombalgies chroniques avec hernies discales au niveau L3-L4 et L4- L5, ni de limitations au niveau de la mobilité du rachis dorsal au niveau D4-D8 et de tout le rachis lombaire. En outre, on ne saurait considérer que ces troubles rapportés par le Dr N_____ le 19 avril 2017 ne rendraient pas à tout le moins

A/3467/2017 - 14/16 - plausible une aggravation de l'invalidité survenue après la décision du 21 avril 2009 puisque ce médecin considère, sur la base des diagnostics ostéoarticulaires qu'il énumère, que la recourante est incapable d'accomplir des travaux physiques, notamment de soulever des charges ou d'effectuer des mouvements répétitifs nécessitant la position stationnaire debout ou des mouvements (marche, changement de position). Enfin, ce médecin, ainsi que la Dresse L_____, rendent également plausible que le risque de développement d'un TSD, évoqué par l'expert psychiatre J_____ en novembre 2008, s'est désormais matérialisé. À cet égard, l'intimé a beau dire que l'examen du juge serait limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, il n'en demeure pas moins que les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse peuvent également être prise en compte s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (cf. ci-dessus : consid. 3d). Or, dans le cas d'espèce, ni le Dr N_____ ni la Dresse L_____ ne font état, dans leurs rapports du 17, respectivement 18 août 2017 de symptômes de TSD qui se seraient manifestés seulement après la décision du 20 juin 2017. Au contraire, le Dr N_____ motive son diagnostic de TSD en faisant référence à des symptômes (état anxio-dépressif chronique, douleurs diffuses au niveau cervical, dorsal, lombaire et abdominal, troubles de la miction) qu'il mentionnait déjà dans son rapport du 19 avril 2017. La question de savoir s'il aurait fallu que ce médecin indique déjà dans ce rapport – ou au plus tard au moment de la décision litigieuse – que les critères d'un TSD étaient désormais remplis selon lui, souffre de toute manière de rester indéterminée dès lors que cette interprétation diagnostique – qu'il appartiendra à l'intimé de clarifier après reprise de l'instruction médicale – se rattache à un même complexe de faits pour lequel, on l'a vu, une aggravation de l'état de santé a déjà été rendue plausible via le rapport du 19 avril 2017. b. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait nier que la recourante avait au moins rendu plausible que son invalidité s'était aggravée postérieurement à la décision du 21 avril 2009 de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI), ce qui aurait justifié un nouvel examen du cas (art. 87 al. 3 RAI). 5. Pour ce motif, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 27 mars 2017, reprenne l'instruction médicale du dossier et rende ensuite une nouvelle décision. 6. Selon la jurisprudence, un assuré représenté gratuitement par une institution publique d'assistance ne peut prétendre à des dépens devant l'autorité judiciaire cantonale, faute de justification économique. Contrairement aux représentants relevant d'organismes tels que l'Association suisse des

invalides, le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés ou Pro Infirmis, une telle institution ne tire en effet pas ses ressources des cotisations ou du soutien financier de ses membres, mais essentiellement de subventions étatiques destinées à lui permettre de mener à bien sa fonction d'organisme d'assistance publique

A/3467/2017 - 15/16 - (ATF 126 V 11 consid. 2 et 5). Représentée par sa curatrice, salariée d'une administration publique, il ne lui sera donc pas alloué de dépens. D'ailleurs la représentante du recourant n'y a, à juste titre, pas conclu. 7. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours. *****

A/3467/2017 - 16/16 - 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.