

GE_GERICHTE ATAS/449/2016 vom 7. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_449_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/449/2016 du 7 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/449/2016 del 7 giugno 2016

Erwägungen

E. 21

Dans sa réplique du 22 mars 2016, l'intéressée a rappelé que l'OAI avait d'ores et déjà admis l'aggravation de l'état de santé puisqu'il était entré en matière sur sa nouvelle demande en interrogeant notamment la Dresse G_____ et en lui adressant une communication le 1er décembre 2014 concernant les mesures de réadaptation.

E. 22

Dans sa duplique du 11 avril 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

E. 23

Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause est gardée à juger.

A/278/2016 - 6/11 -

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressée le 1er juillet 2014. 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 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

A/278/2016 - 7/11 - (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

E. 31

octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). 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

A/278/2016 - 8/11 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 6. a. Il s'agit de déterminer si les conditions de fait se sont modifiées, de manière notable, depuis la décision du 13 juin 2008. b. Il y a préalablement lieu de rappeler que la première demande avait été rejetée au seul motif que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées. La survenance de l'invalidité avait alors été fixée à octobre 1996, en raison d'un état dépressif avec fibromyalgie. Il n'est toutefois pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (arrêt 9C_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5 ; arrêt 9C_884/2011). Il importe ainsi d'examiner, pour ce motif également, s'il y a eu aggravation ou nouvelle atteinte. c. L'intéressée considère que l'OAI a d'ores et déjà admis que son état de santé s'était aggravé puisqu'il est entré en matière sur sa nouvelle demande du 1er juillet 2014, en lui adressant une communication le 1er décembre 2014 concernant les mesures de réadaptation et en interrogeant notamment la Dresse G _____. La chambre de céans constate toutefois que les certificats d'incapacité de travail établis par la Dresse G _____ et joints à la demande ne suffisent pas à l'évidence à rendre plausible une aggravation de l'état de santé, c'est à juste titre que l'OAI a invité l'intéressée, par courrier du 3 juillet 2014, à produire un rapport médical circonstancié dans un délai de trente jours, ce conformément à la jurisprudence précitée. On ne saurait dès lors soutenir que l'OAI, ce faisant, serait entré en matière sur la demande de prestations.

A/278/2016 - 9/11 - d. Dans son arrêt du 16 novembre 2009, le Tribunal fédéral a confirmé le jugement du TCAS du 24 mars 2009, selon lequel les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées, l'invalidité étant survenue en octobre 1996. Se fondant sur le rapport d'expertise établi par la Dresse F _____ le 30 juin 2006, il a constaté que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré progressivement entre 2002 et 2004, et que la capacité de travail était entière selon les collègues spécialistes dans leur domaine respectif. e. Dans son rapport du 17 octobre 2014 adressé à l'OAI, la Dresse G _____ a posé les diagnostics d'état dépressif chronique sévère, de dorsolombalgies chroniques et de céphalées tensionnelles et évalue l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 1997. Elle reprend ainsi précisément les mêmes diagnostics et le même taux d'incapacité de travail, que ceux déjà indiqués dans son rapport du 31 juillet 2007. Or, la Dresse F _____ avait considéré,

dans son expertise du 30 juin 2006, que l'intéressée ne présente aucune pathologie invalidante, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique. La capacité de travail est de 100%, avec toutefois une diminution de rendement de 20% dans son ancienne activité de géomètre, en raison des contraintes liées à cette profession, à savoir la nécessité de se déplacer à l'extérieur sur des terrains accidentés et le port de matériel. Le 25 juin 2015, la Dresse G_____ a déclaré que l'état de santé de sa patiente s'était nettement péjoré durant cette année, d'une part sur le plan psychique – « un état dépressif actuel nécessite le traitement de médicaments psychotropes régulièrement et un soutien thérapeutique continue » –, et, d'autre part, sur le plan somatique – « elle présente des troubles respiratoires et bénéficie d'un bilan actuellement dans le contexte d'une hémoptysie - elle va également subir une gastroscopie et coloscopie dans le contexte de troubles digestifs importants », et maintient le taux d'incapacité de travail à 100%. Force est de constater qu'aucune aggravation de l'état de santé n'a été mise en évidence par la Dresse G_____, qui retenait déjà, dans le cadre de la première demande, un état dépressif sévère avec fibromyalgie. De même en est-il « des importantes douleurs chroniques diffuses à prédominance aux épaules à la nuque et au rachis vertébral, (...) compatibles avec un diagnostic de fibromyalgie », relevées par la Dresse L_____ le 20 juillet 2015. f. Il apparaît que les nouvelles atteintes, décrites par le Dr K_____ les 21 juin et 20 octobre 2015, soit une hémoptysie d'origine indéterminée, de discrètes bronchectasies et épaississement tissulaire du segment apical du LSD et de ronflements simples, puis un syndrome modéré d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil équipée d'une pression positive continue (PPC) depuis le 12 octobre 2015 et de probables syndromes de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil et d'impatience musculaire de l'éveil, ne sont pas non plus de nature à modifier les droits de l'intéressée.

A/278/2016 - 10/11 - Il importe en effet de rappeler à ce stade que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'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 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 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond. g. L'état de fait est ainsi resté quasi identique et les nouveaux documents médicaux ne rendent pas vraisemblable que les conditions de fait se soient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 13 juin 2008. Force est ainsi de constater que l'intéressée 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. 7. Partant, le recours sera rejeté.

A/278/2016 - 11/11 - 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.