

GE_GERICHTE ATAS/458/2019 vom 22. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_458_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/458/2019 du 22 mai 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/458/2019 del 22 maggio 2019

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), 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.

A/2358/2018 - 12/17 -

E. 2

Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de la recourante, plus particulièrement sur la question de savoir si celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité depuis la dernière de décision rendue par l'intimé le 10 mai 2017.

E. 4

a. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant la motivation de la décision attaquée insuffisante. b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (consacré par l'art. 29 al. 2 Cst.) le devoir de motiver la décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, doivent, au moins brièvement, être mentionnés les motifs sur lesquels la décision est fondée, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016). c. En l'espèce, la motivation de l'arrêt attaqué est certes brève, mais elle permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé a estimé que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, à savoir parce que du point de vue médico-théorique, il n'y avait pas eu de nouvelle atteinte ni d'aggravation et que les malaises en investigation n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Le premier grief de la recourante doit en conséquence être écarté.

E. 5

a. 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI. L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le

A/2358/2018 - 13/17 - 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI 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). b. 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; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), 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 des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011). c. La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande

après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGa – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas

A/2358/2018 - 14/17 - toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le Tribunal fédéral des assurances n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples (« einfache Abklärungshandlungen », arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). À cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater prima facie l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics – son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus.

E. 6

En l'espèce, il convient de retenir que l'intimé s'est contenté de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante, dans la mesure où il n'a pas effectué d'autres mesures d'instruction que de consulter le SMR et de demander un rapport complémentaire au Dr F_____. La recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 novembre 2017, soit à peine plus de six mois après la décision du 10 mai 2017, par laquelle l'intimé lui niait le droit aux prestations. Dans sa nouvelle demande, elle a fait valoir des

A/2358/2018 - 15/17 - problèmes de dos, à l'épaule droite, aux genoux et aux hanches ainsi qu'une fibromyalgie et une dépression. À teneur du bilan de stage établi par les ÉPI le 26 juin 2017, produit par la recourante à l'appui de sa demande, ce sont surtout ses douleurs au

membre supérieur droit, au genou droit, à la nuque et aux cervicales ainsi que des maux de tête qui l'empêchaient de travailler. Le 9 décembre 2017, la Dresse D_____ a indiqué que la recourante se plaignait actuellement de malaises, d'étourdissements, d'acouphènes, de douleurs aux hanches, au niveau des coudes ainsi que de fourmillements aux doigts des mains. Elle n'a pas explicité dans son rapport en quoi l'état de santé de l'assurée se serait aggravé depuis la dernière décision de l'intimé. Elle avait déjà retenu, avant celle-ci, comme totalement incapacitants, le 8 décembre 2016, des douleurs aux genoux et aux coudes, des angoisses, un état anxio-dépressif et des troubles du sommeil avec un probable syndrome d'apnées sévères du sommeil. Dans son rapport du 9 décembre 2017, la Dresse D_____ a relevé que les plaintes de l'assurée portaient essentiellement sur ses douleurs au niveau du rachis CDLombaire, à l'épaule droite, aux genoux et aux hanches et que malgré son traitement, il n'y avait pas d'amélioration notable sur le plan clinique, ce qui correspond aux plaintes de la recourante déjà relevées dans son rapport du 8 décembre 2016. Elle invoquait ainsi davantage une absence d'évolution favorable de l'état de santé de la recourante qu'une aggravation de celui-ci. Ce n'est que dans son rapport du 23 avril 2018 que la Dresse D_____ a expressément fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan psychique que physique, sans plus de motivation si ce n'est que la patiente souffrait de nombreuses pathologies, dont l'épilepsie, qui la handicapait fortement par l'apparition de crises fréquentes. Ce bref rapport peu motivé ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. Il ressort des rapports établis par le Dr F_____ les 22 mars 2016, 19 septembre 2017 et 21 février 2018 que les diagnostics de malaise et de syncope convulsivante étaient sans incidence sur la capacité de travail, que la recourante en avait déjà souffert à plusieurs reprises avant la décision du 10 mai 2017 et que si ces troubles pouvaient être liés à une épilepsie, cela ne pouvait être confirmé en l'état. Le 9 décembre 2016, le Dr C_____ avait également déjà mentionné plusieurs pertes de connaissance en 2016. Il en résulte que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé postérieure à la dernière décision de l'intimé, en lien avec le diagnostic d'épilepsie. S'agissant des douleurs aux coudes évoquées par la Dresse D_____ le 9 décembre 2017, il faut relever que la recourante souffrait déjà de telles douleurs avant la dernière décision de l'intimé. Le 8 décembre 2016, la Dresse D_____ avait en effet mentionné, sous les limitations fonctionnelles observées, que la recourante présentait des troubles aux coudes. Des douleurs aux coudes étaient également mentionnées dans le rapport établi le 24 septembre 2012 par la Dresse G_____.

A/2358/2018 - 16/17 - 1er mai 2017, soit avant la dernière décision, le Dr K_____ avait déjà conclu à une épicondylite latérale modérée du coude et une discrète épicondylite médiale. Par ailleurs, le Dr N_____ a indiqué le 29 août 2017, avoir constaté une épicondylite et une épitrochléite à gauche et avoir proposé, dans un premier temps, une infiltration du côté externe, qui était le plus symptomatique et le port une coudière. Il devait revoir l'assurée trois semaines plus tard pour voir le résultat et, le cas échéant, piquer le côté interne. La recourante n'a pas transmis d'autre rapport du Dr N_____ à l'intimé, alors qu'elle devait revoir son médecin à fin novembre 2017 pour évaluer si une infiltration externe se justifiait ou si la coudière avait suffi pour la soulager. Elle n'a pas non plus mentionné de douleurs aux coudes dans sa nouvelle demande et, à teneur des rapports des ÉPI et de la Dresse D_____, ses plaintes principales ne portaient pas sur ses coudes. La recourante n'a ainsi pas rendu plausible une aggravation significative de ses douleurs aux coudes. S'agissant de la dépression évoquée par l'assurée dans sa nouvelle demande, elle n'a pas produit de rapport d'un psychiatre en attestant et le rapport de la Dresse D_____ du

9 décembre 2017 ne rend pas plausible une aggravation de son état psychique, puisqu'elle y faisait mention des mêmes diagnostics que ceux déjà posés les 5 juin et 8 décembre 2016, soit un état anxieux important et un état anxio- dépressif. S'agissant des acouphènes et des fourmillements aux doigts mentionnés dans le rapport de la Dresse D_____ du 9 décembre 2017, rien ne permet de penser qu'il s'agit d'une aggravation de la santé de la recourante ayant un impact significatif sur son invalidité, étant relevé qu'il s'agit d'atteintes qui ne sont, a priori, pas de nature invalidante. S'agissant des fourmillements, la Dresse G_____ avait déjà mentionné le 24 septembre 2012 que l'assurée avait souvent des acroparesthésies aux deux mains, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle atteinte. Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en compte le rapport établi le 4 juillet 2018 par le Dresse D_____, car il a été produit après la décision litigieuse.

E. 7

La recourante n'a ainsi pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant relevé qu'elle considérait déjà être en incapacité de travail totale lors de la dernière décision de l'intimé, qui n'a pas été contestée. Le recours est ainsi infondé et sera rejeté.

E. 8

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI. ***

A/2358/2018 - 17/17 - 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.