

GE_GERICHTE ATAS/650/2014 vom 27. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_650_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/650/2014 du 27 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/650/2014 del 27 maggio 2014

Erwägungen

E. 19

L'assurée a déposé le 23 novembre 2012 une nouvelle demande de prestations AI. A l'appui de sa demande, elle produit plusieurs rapports médicaux, à savoir : - un courrier du 15 janvier 2013, le Dr H_____, rhumatologue, indique que l'assurée « est toujours en traitement pour des lombosciatalgies chroniques sur discopathies lombaires étagées et pour un status post cure chirurgicale d'hernie discale L5-S1. Cette situation n'a pas permis une reprise du travail, même partielle, de l'assurée en tant qu'aide-soignante. Mis à part ce problème, elle se plaint de gonalgies gauches pour lesquelles des investigations sont prévues. D'autre part, elle développe un état dépressif réactionnel important ». - un courrier de la Dresse I_____, neurologue, du 3 février 2013, selon lequel « je vois l'assurée à ma consultation depuis le 15 octobre 2012 en raison de céphalées. Elle souffre de céphalées chroniques quotidiennes intenses d'origine mixte, de tension avec une composante migraineuse très probable. Ses douleurs sont indissociables à l'état dépressif marqué ». - un arrêt de travail signé par ce médecin, à 100% depuis le 15 octobre 2012. - un arrêt de travail établi par le Dr J_____, orthopédiste, pour une incapacité totale de travailler du 30 octobre au 11 novembre 2012. - un arrêt de travail à 100% dès le 15 octobre 2012, établi par la Dresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne.

E. 20

Dans une note du 21 mars 2013, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait pas de changement de l'état de santé depuis la décision du 10 mai 2011.

E. 21

Par décision du 28 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations.

E. 22

L'assurée, représentée par Me Florian BAIER, a interjeté recours le 26 juin 2013 contre ladite décision. Elle allègue que son état de santé général s'est sensiblement péjoré depuis l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 24 septembre 2012. Elle est du reste actuellement hospitalisée depuis une semaine et pour une durée indéterminée, en raison de la perte d'usage de ses jambes.

E. 23

Le 16 août 2013, elle a complété son recours. Elle explique avoir été victime d'une crise de sciatique hyperalgique, le 20 juin 2013, nécessitant l'intervention d'un médecin d'urgence. Elle a perdu l'usage de ses jambes pendant plusieurs jours et a

A/2120/2013 - 6/11 - dû être hospitalisée du 22 juin au 12 juillet 2013. Un rapport de consultation a été établi le 22 juin 2013, dont il ressort que « depuis le 19 juin, elle présente

une exacerbation de ses douleurs chroniques sans modification du caractère, mais augmentation de son intensité. Les douleurs deviennent invalidantes, empêchant toute mobilisation ». Dans un rapport du 17 juillet 2013, le Dr L_____, chef de clinique au service de médecine interne de réhabilitation de l'Hôpital de Beau- Séjour, a retenu le diagnostic principal de lombosciatalgies S1 sur hernie paramédiane droite L5-S1 avec signes de conflits avec la racine S1, ainsi qu'à titre de diagnostic secondaire, un kyste annexiel gauche de 63 mm de grand axe à investiguer. Il indique que devant la persistance des douleurs, une IRM a été réalisée et montre une hernie paramédiane droite à l'étage L5-S1 avec signes de conflits avec la racine S1 à son origine, compatible avec le territoire des douleurs. Il est également mentionné que la patiente n'a pas souhaité l'infiltration épidurale proposée par les rhumatologues. L'assurée relève que l'IRM de la colonne lombaire du 10 juillet 2013 a permis de constater que sur le plan osseux, des remaniements de type Modic mixte 1 et 2 à prédominance 2 de la portion latéralisée à gauche du plateau inférieur de L5 pouvaient être vus. Elle joint dès lors à son recours des extraits d'une revue médicale de rhumatologie intitulée « La discopathie de type Modic 1 ». Elle en souligne plus particulièrement un paragraphe selon lequel « la discopathie de type Modic 1 connue depuis maintenant vingt ans apparaît donc comme un candidat sérieux dans notre quête de marqueurs spécifiques et d'authentiques syndromes radiocliniques dans le cadre des lombalgies chroniques lourdement invalidantes ». Elle allègue que toute reprise d'une activité professionnelle est de fait exclue avec ou sans rente AI, et que même l'accès à une activité occupatoire lui a été refusé par le centre Intégration pour tous. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, à compter du jour de sa demande.

E. 24

Dans sa réponse du 16 septembre 2013, l'OAI considère qu'il a à juste titre rendu une décision de refus d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Il conclut au rejet du recours.

E. 25

Le 10 octobre 2013, l'assurée a expliqué avoir pu obtenir un entretien auprès de la fondation Intégration pour tous (IPT), afin de connaître le point de vue de la fondation IPT sur son aptitude à intégrer une structure d'accueil. Elle sollicite dès lors que la cause soit suspendue en l'attente de la détermination de la fondation IPT.

E. 26

Invité à se déterminer sur cette demande de suspension, l'OAI a indiqué le 31 octobre 2013 qu'il s'y opposait.

E. 27

Par arrêt incident du 21 janvier 2014, la chambre de céans a rejeté la demande.

E. 28

Par courrier du 13 mars 2014, le mandataire de l'assurée a informé la chambre de céans, d'une part, que la Fondation IPT avait considéré qu'il n'était pas possible

A/2120/2013 - 7/11 - d'ouvrir un dossier en vue de réintégration professionnelle pour une personne devant encore poursuivre un traitement chirurgical, d'autre part, que l'assurée avait subi le 28 janvier 2014 une discectomie L5-S1 droite pratiquée par le Dr G_____. Il fait ainsi valoir que l'assurée était incapable de travailler à compter du 28 janvier 2014, et

qu'elle l'était également du 22 juin au 12 juillet 2013 lors de son hospitalisation. Il considère qu'il en est de même pour la période s'étendant de juillet 2013 à janvier 2014 et sollicite pour le démontrer l'audition du Dr G_____ et de la Dresse M_____, laquelle a établi un rapport le 16 août 2013.

E. 29

Invité à se déterminer, le SMR a indiqué qu'à l'évidence, l'état de santé de l'assurée s'est péjoré, de sorte qu'il convenait de déterminer la durée de cette aggravation et les répercussions sur la capacité de travail. Se fondant sur cet avis, daté du 10 avril 2014, l'OAI a toutefois rappelé qu'il ne doit pas être tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse. Aussi considère-t-il que l'éventuelle aggravation doit faire l'objet d'une nouvelle demande qui fera l'objet d'une instruction. Il conclut en conséquence au rejet du recours et, compte tenu du fait que c'est à juste titre qu'il a rendu une décision de non entrée en matière, souligne que l'assurée doit supporter seule les frais de la procédure ainsi que les dépens.

E. 30

Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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 26 septembre 2010 (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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige est limité au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée. 5. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 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).

A/2120/2013 - 8/11 - 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. A 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI 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 (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; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa). 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). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que 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), ne s'applique pas à la procédure de nouvelle demande. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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

A/2120/2013 - 9/11 - 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 au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références). Enfin, on rappellera que, 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). 6. En l'espèce, il convient de comparer la situation existant lors de la décision du 10 mai 2011, à celle prévalant au moment de la décision querellée du 28 mai 2013. 7. Il y a préalablement lieu de rappeler que le TF a admis le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente du 1er mars au 30 septembre 2005 et à une rente entière du 1er janvier 2008 au 31 juillet 2010. Dans son arrêt, le TF a rappelé que le Dr G _____ avait fait état d'une évolution favorable à la suite de l'intervention chirurgicale que l'assurée avait subie, étant précisé que ce médecin s'était précisément prononcé en fonction de l'IRM du 23 mars 2010. Il n'avait mentionné aucun changement notable. Il s'agit à présent de déterminer si les rapports médicaux produits par l'assurée dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations sont ou non de nature à établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Le

Dr H_____ se borne à rappeler que l'assurée souffre toujours de lombosciatalgies chroniques. Il ajoute que l'assurée se plaint de gonalgies gauches pour lesquelles des investigations sont prévues, et qu'elle développe un état dépressif réactionnel important. La Dresse I_____ déclare que l'assurée souffre de céphalées chroniques étroitement liées à son état dépressif. Elle a établi un arrêt de travail à 100% depuis le 15 octobre 2012. Force est de constater qu'aucun élément nouveau déterminant n'est ainsi mis en évidence. Dans son recours, ainsi que dans son courrier du 13 mars 2014, l'assurée allègue que son état de santé général s'est sensiblement péjoré depuis l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 24 septembre 2012, mais évoque essentiellement des événements survenus postérieurement à la décision litigieuse du 28 mai 2013. Il y a en conséquence lieu de confirmer en l'état le refus d'entrer en matière que lui a opposé l'OAI.

A/2120/2013 - 10/11 - Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition de médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assurée a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas. Aussi le recours, mal fondé, est-il rejeté. Les faits nouveaux pourront faire l'objet d'une instruction de la part de l'OAI et d'une nouvelle décision qui sera rendue suite au courrier du 13 mars 2014 valant nouvelle demande de prestations. 8. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA), celle-ci ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

A/2120/2013 - 11/11 - 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.