

GE_GERICHTE ATAS/664/2012 vom 15. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_664_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/664/2012 du 15 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/664/2012 del 15 maggio 2012

Erwägungen

E. 12

Le Dr H _____, médecin traitant psychiatre depuis février 2008, a adressé à l'OAI un rapport le 29 septembre 2010, aux termes duquel un syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu, ainsi que des troubles psycho- fonctionnels, et que l'OAI a assimilé à une nouvelle demande.

E. 13

L'OAI a interrogé la Dresse A _____, laquelle a, le 21 décembre 2010, confirmé que sa patiente présentait un degré d'incapacité de travail de 100% depuis 2002, et affirmé qu'un examen médical indépendant lui paraissait nécessaire pour évaluer la capacité de travail et les éventuelles possibilités de réinsertion.

E. 14

Le Dr F _____ a déclaré le 20 janvier 2011 qu'il n'avait pas revu la patiente depuis longtemps.

E. 15

Le 28 février 2011, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.

E. 16

Dans un rapport du 21 mars 2011, le Dr H _____ a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis plusieurs années, et a indiqué que le traitement actuel consistait en une psychothérapie d'orientation analytique à raison d'une séance hebdomadaire. Il n'a par ailleurs pas rempli la rubrique relative au taux d'incapacité de travail.

E. 17

Dans une note du 8 avril 2011, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'examen SMR du Dr E _____ du 2 avril 2008.

E. 18

Par décision du 15 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations.

E. 19

L'assurée a interjeté recours le 15 juillet 2011, indiquant que "mon médecin se charge de vous faire parvenir les documents nécessaires".

A/2178/2011 - 5/13 - Par courrier du 5 août 2011, le greffe de la Cour de céans lui a adressé un rappel.

E. 20

Par fax du 10 août 2011, le Dr H_____ a indiqué qu'il avait d'ores et déjà envoyé son rapport directement à l'OAI.

E. 21

Dans sa réponse du 7 septembre 2011, l'OAI a rappelé qu'il avait, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI, refusé d'entrer en matière. Il confirme que le Dr H_____ lui a adressé un rapport le 6 juillet 2011 selon lequel l'état de santé s'est aggravé depuis janvier 2011. Le médecin explique que "les éléments dépressifs avec rumination mentale et idéation suicidaires, maintenus latents jusque-là, refont surface de manière concomitante à un état général somatique allant en se dégradant depuis le décès récent (début juin 2011) d'un ami considéré par elle comme la seule personne ressource, comptant pour elle. Son inconfort de vie dû à une situation sociale très précaire, accompagnée d'incuries et d'angoisses quant à la relation de soins développées suite à la déclaration d'une hépatite C chronique datant de 8-9 ans environ, la handicapent physiquement et en conséquence psychiquement. L'assurée conjugue au quotidien avec des douleurs de la hanche droite et des mains qui, selon elle, ne lui permettent plus de tenir les objets. Elle lutte contre une désorganisation interne et des phases d'accélération de la pensée". Il ajoute qu'une reprise de travail est difficile à envisager, au motif que "la patiente paraît tellement débordée, que même un travail thérapeutique paraît avoir peu de chance de l'amener à une aptitude au travail". L'OAI considère que ce rapport, manifestement produit en dehors du délai de trente jours (art. 73ter al. 1 RAI et 40 al. 1 LPGA), et postérieurement à la notification de la décision litigieuse, ne peut être retenu dans le cadre du présent litige, ce d'autant moins que l'aggravation de l'état de santé daterait de janvier 2011 déjà. L'OAI a dès lors conclu au rejet du recours.

E. 22

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

E. 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.

A/2178/2011 - 6/13 - 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 29 septembre 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du

21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assurée une décision en date du 15 juin 2011, contre laquelle l'assuré a interjeté recours le 15 juillet 2011. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était ou non tenu d'entrer en matière sur la demande de rente du 29 septembre 2010.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

A/2178/2011 - 7/13 - a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

7. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Selon l'art. 87 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (al. 2). 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 (al. 3). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle

demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4). Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

A/2178/2011 - 8/13 - (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt: a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée; b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue; c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (al. 1). La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet: a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (al. 2). b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198 ; ATF du 22 octobre 2009 9C_67/2009). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGa, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation

A/2178/2011 - 9/13 - litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008). d) Il ne s'agit pas, dans le contexte d'une nouvelle demande, d'un renversement du fardeau de la preuve, puisqu'il suffit que l'assuré rende plausible, par

exemple, l'aggravation de son état de santé. La notion de caractère plausible ne renvoie pas à celle de la vraisemblance prépondérante; les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites. En effet, les indices d'une modification suffisent (lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas d'établir), mais doivent cependant être allégués par l'assuré afin d'éviter que l'administration soit tenue de se saisir à nouveau de demandes réitérées ayant le même objet et qui ne sont pas plus étayées (voir Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 394 et 396; ATF du 24 novembre 2009 9C 643/2009; ATF du 4 octobre 2005 I 454/2004). 8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre

A/2178/2011 - 10/13 - appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de

l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. En l'espèce, postérieurement à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009 fixant le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 août 2007, l'intimé a, par décision du 23 août 2010 entrée en force, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente AI. Il convient en conséquence, dans le cadre de l'examen du bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé du 15 juin 2011, de déterminer si l'assurée a, de façon plausible, établi que son état de santé s'était modifié depuis le 23 août 2010. A cet égard, l'assurée fait valoir les rapports de la Dresse A_____ et du Dr H_____. Le 21 décembre 2010, la Dresse A_____ a confirmé que sa patiente présentait un degré d'incapacité de travail de 100% depuis 2002, sans toutefois indiquer si cette incapacité existe tant dans l'activité d'ouvrière en horlogerie que dans une activité adaptée. Il y a à cet égard lieu de rappeler que dans son précédent rapport du 12 décembre 2003, attestant d'une incapacité entière de travail à compter du 3 octobre 2002 en qualité d'ouvrière en horlogerie, ce médecin estimait que l'assurée devrait pouvoir travailler à 100% depuis janvier 2004 dans le cadre d'une activité adaptée. Elle se borne par ailleurs à indiquer qu'un examen médical indépendant lui paraît nécessaire.

A/2178/2011 - 11/13 - Le Dr H_____ a posé le 21 mars 2011 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis plusieurs années. Il apparaît enfin que le dernier bilan sanguin, daté du 25 novembre 2010, démontre, selon le médecin du SMR dans sa note du 13 avril 2011, que l'hépatite C n'est pas active actuellement, ce qui est confirmé par le fait que l'assurée n'a plus consulté le Dr F_____ depuis août 2009. Force serait de constater, au vu de ces rapports, que l'état de santé de l'assurée n'a vraisemblablement pas subi de modification suffisamment importante pour justifier à nouveau l'octroi de prestations AI. Il y a en effet lieu de rappeler que la demi-rente d'invalidité avait été accordée en raison d'un état dépressif secondaire, à des asthénies et des poly-arthralgies dans le cadre d'une hépatite C chronique. Le diagnostic nouvellement posé est celui de trouble somatoforme douloureux. Le Dr H_____ n'a toutefois pas indiqué quelle était la capacité de travail résiduelle de sa patiente. Il n'évoque pas non plus la présence d'une comorbidité psychiatrique qui rendrait invalidant ce trouble somatoforme douloureux dont elle souffre.

10. Il y a en revanche lieu de constater que, dans son nouveau rapport adressé à l'OAI le 6 juillet 2011, le Dr H_____ fait clairement état d'une aggravation de l'état de santé.

11. Il convient préalablement de déterminer la portée de ce rapport établi après la notification de la décision litigieuse. L'OCAI considère que les faits nouveaux évoqués par le Dr H_____ dans son rapport sont intervenus postérieurement à la décision du 15 juin 2011, raison pour laquelle il se justifie de ne pas les prendre en considération. Il y a lieu de rappeler à cet égard qu'effectivement, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle général, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b., 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATFA non publié du 25 août 2003 en la cause I 392/03). Force est toutefois de constater qu'en l'espèce, il ne s'agit en réalité pas de faits survenus postérieurement à la décision, puisque le Dr H_____ fait état d'une aggravation de l'état de santé

depuis janvier 2011 - et non pas depuis juin 2011 comme l'a retenu l'OAI -, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération. La Cour de céans considère dès lors, au vu du rapport du Dr H_____ du 6 juillet 2011, qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée a été rendue

A/2178/2011 - 12/13 - plausible, aggravation dont il convient encore d'examiner si elle a des répercussions sur le droit aux prestations. 12. Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour lui d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée et d'examiner plus particulièrement si l'aggravation de l'état de santé dont fait état le Dr H_____ a des répercussions sur son droit à des prestations. Aussi le recours est-il admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 29 septembre 2010 et nouvelle décision.

A/2178/2011 - 13/13 - 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.