

GE_GERICHTE ATAS/830/2017 vom 27. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_830_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/830/2017 du 27 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/830/2017 del 27 settembre 2017

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) 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.

E. 2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.

E. 4

a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, 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). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

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/4294/2016 - 9/11 - 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 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 p. 114). 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 p. 68 s.). 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 p. 269 s.). 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 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). 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 (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

E. 5

En l'espèce, la recourante n'a pas produit de rapport médical à l'appui de sa demande de révision de sa rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé du 12 octobre 2015. Dans le délai de 30 jours accordé par l'OAI pour en transmettre un détaillé, elle a expliqué que son rhumatologue, le Dr E_____, n'avait pu rédiger de rapport sur son état de santé, car il était lui-même tombé

A/4294/2016 - 10/11 - gravement malade. Elle avait donc pris rendez-vous le 10 novembre 2015 avec un autre médecin, la Dresse K_____, ce qui retardait la production d'un rapport médical. Dans le second délai imparti par l'OAI pour produire un rapport médical, elle a transmis à ce dernier une nouvelle demande de prestation ainsi qu'un certificat médical de son pneumologue et précisé que la Dresse K_____ devait encore établir un rapport médical complet sur son état de santé. Il en résulte que bien que l'assurée n'ait pas produit de rapport médical d'un spécialiste des maladies rhumatismales dans le délai prolongé par l'OAI au 21 décembre 2012, l'on ne saurait considérer qu'elle a refusé de coopérer, puisqu'elle a tenu l'OAI informé de sa situation - à savoir le fait que son médecin traitant n'exerçait plus - et des démarches entreprises auprès de la Dresse K_____. L'OAI ne le lui a d'ailleurs pas reproché, puisqu'il a fondé sa décision sur un avis du SMR, qui prenait en compte le rapport établi le 12 janvier 2016 par la Dresse K_____. Selon le SMR, ce dernier rapport n'apportait aucun élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, ce qui apparaît erroné, puisqu'il faisait état d'une incapacité de travail totale, en raison de polyarthralgies - apparues progressivement depuis début 2015 et ayant

conduit le Dr E_____ à estimer que sa patiente était en incapacité de travail à 100% depuis le 27 juillet 2015 - et de nouveaux diagnostics : cervico-brachialgies droites sur lésions dégénératives du rachis cervical avec protrusions discales en C6-C7 droite et fibromyalgie. Ce rapport médical rend suffisamment plausible une modification du degré d'invalidité de l'assurée, sans qu'il soit nécessaire de prendre en compte le dossier d'Helvetia.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations.

E. 7

La recourante obtenant gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).

E. 8

L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/4294/2016 - 11/11 - À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.