

GE_GERICHTE A/1615/2013 vom 9. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1615_2013

FR: GE_GERICHTE A/1615/2013 du 9 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1615/2013 del 9 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

Cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne Cervico-Dorso-Lombaire, sur protrusions discales L4-L5, L5-S1, sur discopathies sévères L5-S1 et sur probable instabilité cervico-lombaire ; - glissement de C4 sur C5 - spondylolisthésis de L5 grade I sur lyse isthmique - arthrose interapophysaire postérieure

E. 2

Lombosciatalgies aiguës gauches à répétition

E. 3

Tendinopathie à l'épaule gauche et poignet gauche

E. 4

Fibromyalgie

E. 5

Suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche

E. 6

Etat anxio-dépressif aigu avec crises de panique

E. 7

Migraines

E. 8

Cervico-dorso-lombalgies aiguës post-traumatiques

E. 9

Fracture de la V côte antérieure droite. « Les plaintes restaient les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue ainsi qu'au niveau du MSG. La patiente avait été victime d'un accident de circulation au mois de juillet 2012. Depuis il y avait une péjoration de son état de santé tant sur le plan physique que psychique » qui ne lui permettait pas de travailler. Il était souhaitable que le médecin de l'AI revoie son cas. b. Un certificat médical de la Dresse L_____ du 19 septembre 2012 attestant d'un arrêt de travail à 100 % dès le 19 septembre 2012 pour cause d'accident et d'une reprise totale à 100 % « selon évolution clinique ». c. Une échographie du poignet gauche du 20 avril 2012 du Dr Q_____, radiologue. L'échographie retrouvait la présence d'une tuméfaction du nerf médian dans le canal carpien sans signe de masse locale décelable au niveau intracanalair. d. Une radiographie du rachis cervical F/P C1-C2 du 6 août 2012 du Dr R_____ dont la

conclusion indiquait qu'il n'y avait pas de lésion osseuse identifiable ni de signe d'entorse ligamentaire cervicale. La qualité du document (faxé) ne permet pas d'avoir plus de détails sur la provenance de l'avis médical. e. Une échographie du cou du 7 juin 2012 du Dr S_____ concluant que la glande thyroïde était de volume modérément agrandie mais de structure homogène, sans nodule ni hypo- ni hyperéchogène ; les ganglions sous-mandibulaires et sous les muscles sterno-cléido-mastoïdiens d.d.c., plus nombreux à gauche, non suspects. f. Un rapport d'imagerie médicale du 29 août 2012 du Dr S_____, radiologue, du gril costal droit concluant à une discrète encoche corticale du bord inférieur et antérieur de la V côte droite mais sans effraction corticale visible. Il n'y avait pas d'image de pneumothorax, ni de lyse osseuse. g. Une oesogastroduodéoscopie, effectuée le 12 novembre 2012 par le Dr T_____, gastro-entérologue, confirmait une hernie hiatale avec reflux sans œsophagite peptique diagnostiquée en janvier 2012, ainsi que l'absence de lésion gastro-duodénale. 22. Par rapport médical intermédiaire du 13 janvier 2013, La Dresse L_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. La patiente présentait de migraines, des cervico-dorso-lombalgies aiguës post-traumatiques et une fracture de la 5^{ème} côte antérieure droite. Il y avait un changement dans les diagnostics. Tous avaient une influence sur la capacité de travail. A la question « depuis quand et dans quelle mesure ? », la Dresse a répondu, depuis le 8 mars 2004 à nos jours. Sur le formulaire annexé, la généraliste a précisé que l'état de santé s'était aggravé depuis 8 mois. La patiente présentait d'importants troubles au niveau du rachis CDLombaire, souffrait de migraines ainsi que d'un état anxio-dépressif avec crises de panique. Une prise en charge psychiatrique avait été proposée à la patiente.![endif]>![if> 23. Le 14 février 2013, le SMR a relevé que l'attestation médicale de la Dresse L_____ du 20 septembre 2012 faisait état d'un accident de circulation subi par l'assurée en juillet 2012. Celui-ci était sans conséquence sur la capacité de travail, en tous les cas pas de façon durable. Le rapport du Dr T_____ du 16 janvier 2012 ne relevait pas de pathologie qui influencerait durablement sur la capacité de travail. Concernant les problèmes de rachis, les douleurs migraineuses et les problèmes psychiatriques, ils avaient été abordés de manière détaillée lors de la dernière étude du dossier. La Dresse L_____ n'avait pas mis en évidence d'éléments confirmant une aggravation. A part des diagnostics déjà connus, l'accident n'avait pas influencé durablement la capacité de travail. Il convenait de ne pas entrer en matière.![endif]>![if> 24. Par projet de décision du 21 février 2013, l'OAI a indiqué qu'un refus d'entrer en matière allait être signifié à l'intéressée et lui a offert la possibilité de s'exprimer.![endif]>![if> 25. Par courrier du 7 mars 2013, Mme B_____ a indiqué qu'elle avait eu un accident de travail en 2003, qu'elle avait très mal à la tête, et surtout aux jambes et au dos et qu'elle ne marchait plus beaucoup. Elle devait rester couchée toute la journée. Elle avait aussi un cancer du sein. Ses nerfs la faisaient souffrir. Elle ne travaillait plus depuis 10 ans.![endif]>![if> 26. Par décision du 17 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière. La précédente demande avait été rejetée par décision du 22 août 2011. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Au vu des pièces médicales produites et de l'avis du SMR, l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.![endif]>![if> 27. Mme B_____ a interjeté recours le 21 mai 2013 contre la décision de l'OAI du 17 avril 2013. Une prolongation du délai a été sollicitée pour pouvoir compléter le recours. ![endif]>![if> Par courrier du 12 juillet 2013, le conseil de l'assurée s'est référé au certificat médical de la Dresse

L_____ du 20 septembre 2012. L'état de santé de Mme B_____ ne s'était pas amélioré. Les plaintes de celle-ci étaient identiques. Elle avait subi un accident de voiture au mois de juillet 2012. 28. Par réponse du 12 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. La première demande AI avait été déposée le 31 mars 2004. Elle avait été instruite notamment auprès du médecin traitant, la Dresse L_____. Une décision de refus avait été notifiée le 2 mars 2006. L'assurée avait engagé une procédure. Le TCAS ainsi que le Tribunal fédéral avaient rejeté les recours interjetés par Mme B_____.
!endif]>![if> Une deuxième demande avait été déposée le 22 octobre 2008 et était appuyée, à nouveau, par la Dresse L_____. Les diagnostics annoncés étaient les mêmes que ceux mentionnés précédemment, à l'exception des diagnostics de « migraines » et « d'arthrose interapophysaire postérieure » qui s'y rajoutaient. Une décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 22 janvier 2009 et était entrée en force. Une troisième demande avait été introduite le 30 mars 2011. Elle était appuyée une nouvelle fois par la Dresse L_____ par lettre du 18 avril 2011. Les diagnostics mentionnés étaient cette fois strictement les mêmes que ceux relevés précédemment. Le SMR Suisse romande, dans un avis du 30 mai 2011, avait constaté l'absence d'éléments médicaux nouveaux. Une décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 22 août 2011 et était entrée en force. Suite au dépôt d'une nouvelle demande, une nouvelle décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 17 avril 2013. Au vu des renseignements fournis par la Dresse L_____ dans son rapport du 13 janvier 2013, il était manifeste que l'état de santé de la recourante ne s'était pas notablement modifié puisque les diagnostics étaient toujours identiques. Le conseil de la recourante ne faisait pas même valoir une détérioration de l'état de santé puisqu'il relevait lui-même que l'état de santé était resté le même. S'agissant de la conclusion du conseil de la recourante tendant à la mise sur pied d'une expertise, celle-ci devait être rejetée dans la mesure où, les règles de la procédure imposaient à la recourante agissant dans le cadre d'une nouvelle demande de fournir elle-même les documents médicaux établissant la vraisemblance d'une dégradation notable de son état de santé. S'agissant des conséquences de l'accident survenu en juillet 2012, les suites immédiates de celui-ci avaient été dûment consignées en son temps (fêlure de la 5^{ème} côte antérieure droite). Si des séquelles durables avaient été constatées par le médecin-traitant, elles auraient dû être mentionnées dans les diagnostics relevés, or il n'en figurait aucune. 29. Invitée à répliquer d'ici au 9 octobre 2013, l'assurée n'a pas réagi. Elle n'a pas donné suite au rappel prolongeant le délai au 29 octobre 2013.![endif]>![if> 30. Par courrier du 5 novembre 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité déposée par l'assurée.![endif]>![if> 5. a) Aux termes de l'art. 87

al. 3 et 4 RAI (al. 2 et 3 depuis le 1^{er} janvier 2012), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références).!

b) 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 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 1^{er} 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).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a retenu que les rapports des médecins de l'assurée, versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 septembre 2012, ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé physique ou psychique de la recourante. !

Le rapport de la Dresse L _____ du 13 janvier 2013 mentionne, au titre d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, les migraines. Or, les diagnostics de migraines et d'arthrose interapophysaire postérieure avaient été posés en 2008 déjà. Ils n'avaient pas justifiés de révision de la rente à l'époque, ce que l'assurée n'avait pas contesté. Les cervico-dorso-lombalgies aiguës, deuxième aggravation de l'état de santé citée par la Dresse L _____ dans son certificat médical du 13 janvier 2013, étaient déjà diagnostiquées dans son rapport du 27 juin 2004. La fracture de la V côte antérieure droite semble être liée à l'accident. Or, la même praticienne a établi, le 19 septembre 2012, un certificat médical suite à l'accident lequel indique que l'incapacité de travail était totale à

compter du 19 septembre 2012, mais que la patiente retrouverait sa pleine capacité de travail « selon évolution clinique ». Il n'était pas envisagé que les suites de l'accident impliquent une incapacité de travail durable. Le précédent certificat médical de la Dresse L _____, daté du 20 septembre 2012 est quasiment similaire en tous points à celui du 5 juillet 2004. La Dresse L _____ précise d'ailleurs que les plaintes de la patiente « restent les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue ainsi qu'au niveau du MSG ». La remarque selon laquelle « depuis l'accident de circulation, l'état de santé de la patiente se péjore, tant sur le plan physique que psychique, ce qui ne lui permet pas de travailler », n'est étayée par aucun élément concret ou certificat médical de spécialiste qui mettrait en avant de façon claire et précise une péjoration, invalidante, de l'état de la patiente. Sur le plan somatique, les autres certificats médicaux produits par l'assurée (la radiographie du rachis cervical, l'échographie du cou et celle du poignet) concluent à des résultats dans la norme, sous réserve de troubles passagers ou en tous les cas non invalidants à l'instar de l'hernie hiatale avec reflux sans oesophagite peptique. Sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif cité par la Dresse L _____ le 13 janvier 2013 avait déjà été diagnostiqué en 2004. Il avait fait l'objet d'une expertise psychiatrique. L'expert n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux. La comparaison entre l'état de santé de l'assurée depuis la dernière demande de prestations AI (mars 2011) et la présente demande ne s'est pas péjoré de manière essentielle depuis la dernière décision. Ainsi, quand bien même on ferait abstraction des différentes demandes de révision, en comparant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2004, il s'avère que l'appréciation des conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail en 2012 ne diffère pas de celle retenue antérieurement. Aussi, dans la mesure où la recourante n'a pas rendu plausible le fait que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré 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. 7. Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). [endif]>[if> 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.