

GE_GERICHTE A/1658/2022 vom 2. März 2023

GE Cour de justice, 2023-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1658_2022

FR: GE_GERICHTE A/1658/2022 du 2 mars 2023

IT: GE_GERICHTE A/1658/2022 del 2 marzo 2023

Erwägungen

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations enregistrée le 17 septembre 2021.

E. 5

E. 5.1

E. 5.1.1

Lorsque la rente 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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 ; 125 V 410 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2021 du 25 avril 2022 consid. 3). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force (ATF 130 V 64 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 2.2). 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 ; à ce stade, la maxime inquisitoire de l'art. 43 al. 1 LPGA ne trouve pas application (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_576/2021 du 2 février 2022 consid. 3.2). Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (arrêts du Tribunal fédéral 9C_576/2021 du 2 février 2022 consid. 2.2 ; 9C_475/2020 du 22 avril 2021 consid. 3.2). 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). 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 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 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 5.1.2

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). 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; 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 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 précité consid. 2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 précité consid. 4.1). L'exigence relative au caractère plausible 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 (Damien 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

E. 5.2

En l'espèce, le recourant invoque une aggravation, depuis août 2021, des vertiges ressentis en lien avec le syndrome de Ménière, rendant nulle sa capacité de travail. Il reproche notamment au SMR de n'avoir retenu, du rapport du Dr D_____ du 4 août 2021, que l'évolution favorable de ses douleurs, en négligeant le fait que le traitement

médicamenteux a dû être interrompu car il provoquait des vertiges. Il rappelle que, selon ce médecin, sa capacité de travail est nulle. Il souligne que tant le Dr B_____, que le Dr D_____ ont attesté qu'il souffre d'une polypathologie rendant impossible sa réinsertion. Il invoque les rapports des Dr E_____ et G_____. Il argue que la maladie de Ménière est le motif principal de sa nouvelle demande et que si elle a certes déjà été évoquée auparavant, elle est devenue, depuis août 2021, totalement invalidante. L'intimé soutient pour sa part que si le traitement de carbamazépine a dû être interrompu en raison des effets secondaires rapportés par l'assuré, il existe d'autres options thérapeutiques ou médicamenteuses, telles que la gabapentine prescrite à l'assuré.

E. 5.3

Il est vrai que le syndrome de Ménière a été diagnostiqué en 2019 et qu'il était connu de l'intimé lorsque celui-ci a rendu sa décision initiale, le 12 juillet 2021. Cependependant, les crises de vertiges étaient alors décrites comme étant de très courte durée (cf. rapport du Dr D_____ du 15 mai 2020) et peu fréquentes (cf. rapport du Dr C_____ du 26 mars 2020). Désormais, ainsi qu'en atteste le Dr D_____ dans son rapport du 1 er avril 2022, les vertiges sont intenses et persistants et le traitement médicamenteux non satisfaisant. Cette aggravation se retrouve dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré par ce médecin, qui l'avait jusqu'alors évaluée à 40-50% (cf. rapport du 14 juillet 2020), alors qu'il la juge à présent nulle. Le Dr B_____, dans son rapport d'octobre 2021, fait lui aussi mention de vertiges persistants, ce qui démontre que l'arrêt, en août 2021, de la carbamazépine – laquelle aurait pu être à l'origine des vertiges (cf. rapport du Dr D_____ du 4 août 2021) –, n'a pas mis fin aux symptômes. En outre, Mme H_____, ergothérapeute, fait état d'une dégradation sur le plan psychologique depuis mi-septembre 2021, constat partagé par le Dr B_____, qui a relevé, en octobre 2021, un état dépressif. Au vu de ces éléments, bien que la nouvelle demande de prestations ait été formulée fort peu de temps après la décision de refus de l'OAI, il convient d'admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état psychique et de ses vertiges, étant rappelé que cela n'augure en rien des conclusions à tirer en termes d'influence sur la capacité de gain et le degré d'invalidité, qu'il conviendra d'investiguer dans un second temps.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours est admis, la décision du 21 avril 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du recourant.

E. 7

Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Une indemnité de dépens de CHF 800.- sera dès lors allouée au recourant, qui est représenté par un mandataire professionnellement qualifié et qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 8

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). 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.