

GE_GERICHTE A/1889/2011 vom 23. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1889_2011

FR: GE_GERICHTE A/1889/2011 du 23 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/1889/2011 del 23 febbraio 2012

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié à Carouge recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après : l'assuré) est né en 1974 au Portugal. En Suisse depuis le 20 janvier 1990, l'assuré a été agent de sécurité entre 2002 et 2004. Il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors. Le 18 septembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) en invoquant un problème dorsal et des difficultés à marcher. Le Dr L _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de lombosciatlagies bilatérales évoluant depuis 2002 et de syndrome sciatique S1 gauche non déficitaire lié à une lipomatose épidurale depuis 2005. Le Dr L _____ a également mentionné, tout en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail de son patient, une obésité de grade III et une maladie goutteuse. Le médecin a expliqué que depuis 2008, les douleurs avaient diminué grâce à de gros efforts diététiques ayant permis une perte de poids, à un traitement intensif et à un suivi de physiothérapie. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail de son patient à exercer l'activité d'agent de sécurité, dans la mesure où cette dernière impliquait de devoir parfois courir, réagir vite et faire des efforts dont l'assuré n'était plus capable. En effet, l'assuré était désormais dans l'incapacité de porter des charges, de faire des efforts prolongés, de se pencher en avant, souvent et longtemps, de s'accroupir, de s'agenouiller ou encore de rester debout longtemps. En revanche, le médecin a émis l'avis que, depuis le 1^{er} octobre 2008, son patient était capable d'exercer une activité respectant les limitations précitées (cf. rapport du 24 octobre 2010). Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr M _____, médecin auprès du Service MEDICAL REGIONAL DE l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui, en date du 10 novembre 2008, a émis l'avis que l'état de santé de l'intéressé lui permettait d'exercer une activité adaptée c'est-à-dire légère, permettant d'éviter les flexions répétées du rachis, la position en porte-à-faux du buste et permettant l'alternance des positions assise et debout. Par décision du 30 mars 2009, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à un reclassement au motif que son degré d'invalidité, de 10%, était insuffisant. En revanche, l'OAI a précisé que, sur demande motivée, l'octroi d'une aide au placement serait envisageable. Le 5 janvier 2011, le Dr L _____ a interpellé l'OAI en indiquant retenir désormais les diagnostics suivants : lombosciatlagies S1 droites chroniques sur lipomatose épidurale, hernie discale L5-S1 et obésité. Le médecin a indiqué que les lombosciatlagies persistaient malgré des séances de physiothérapie et des infiltrations répétées au niveau lombaire. Quant au problème de l'obésité, il ne faisait que s'aggraver de sorte qu'une intervention chirurgicale (anneau ou bypass) était envisagée. Le médecin a émis l'avis que tant les lombalgies que les sciatalgies et la lipomatose épidurale étaient directement liées au

poids de son patient et qu'on pouvait espérer une amélioration en cas de perte de poids. A également été transmis à l'OAI un rapport de consultation daté du 5 juillet 2010, faisant état d'une discopathie étagée L4-L5 et L5-S1 prédominante avec probables MODIC inflammatoire, syndrome discogène et participation articulaire postérieure L5-S1. Une IRM lombaire avec séquences coronales obliques sur les sacro-iliaques était préconisée, afin de permettre de retenir un diagnostic parmi les suivants : discopathie lombaire basse avec ou sans MODIC, souffrance articulaire postérieure L4-L5 et L5-S1 ou souffrance sacro-iliaque sous-chondrale. Le rapport du Dr L_____ a été soumis au Dr M_____, du SMR, qui, le 23 mars 2011, a émis l'avis qu'il n'apportait pas d'élément nouveau et que ses conclusions du 10 novembre 2008 restaient d'actualité. Le 7 avril 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Le 16 mai 2011, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens. Le 14 juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant notamment qu'il est dans l'incapacité totale de travailler en raison de ses crises de goutte et de ses douleurs chroniques. A l'appui de sa position, le recourant produit notamment : un certificat établi le 29 novembre 2010 par le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et diplômé en éducation thérapeutique pour maladies chroniques, dont il ressort que les efforts diététiques consentis par l'assuré ont permis une stabilisation de son poids mais qu'en raison des lombalgies, l'activité physique est limitée ; il est précisé que les lombalgies sont aggravées par l'excès pondéral, qu'il est difficile de réduire en l'absence d'activité physique, elle-même difficile à pratiquer en raison des lombalgies et qu'une évaluation pluridisciplinaire en vue d'une chirurgie bariatrique a été initiée ; une attestation du Dr L_____ du 7 juin 2011, dans laquelle ce médecin conclut à des lombalgies chroniques persistantes sur lipomatose épidurale et hernie discale L5-S1, à des syndromes sciatiques récidivants à droite et parfois à gauche, à une obésité morbide allant en s'aggravant et à des crises de goutte répétées, ayant débuté en avril 2010 et récidivé pendant l'hiver 2010-2011 entraînant un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville et du pied gauche, très difficile à calmer ; le Dr L_____ confirme que ces pathologies sont certainement liées à l'excès pondéral de son patient, dont le traitement était compliqué en raison de l'impossibilité de reprendre une activité physique régulière. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 juillet 2011, a conclu au rejet du recours. EN DROIT 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 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable. Le recours respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant. a) 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 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]). 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). 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. 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. 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 114 consid. 2b). c) 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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'espèce, les faits pertinents sont les suivants : En 2010, lors de la décision de refus de prestations, les diagnostics retenus étaient les suivants : lombosciatalgies bilatérales évoluant depuis 2002 et syndrome sciatique S1 gauche non déficitaire lié à une lipomatose épidurale depuis 2005. Une obésité de grade III et une maladie goutteuse étaient également mentionnées, dont il était cependant précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. En 2011, date du refus d'entrer en matière, le Dr L _____ a retenu les diagnostics suivants lombosciatalgies S1 droites chroniques sur lipomatose épidurale et hernie discale L5-S1, obésité allant en s'aggravant, syndrome sciatique récidivant à droite et parfois à gauche et crises de goutte répétées, entraînant un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville et du pied gauche, très difficile à calmer. La Cour de céans constate que depuis qu'a été rendue la décision initiale de refus de prestations, sont apparus : une hernie discale en L5-S1 et un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville et du pied gauche. Qui plus est, le syndrome sciatique s'est déplacé vers la droite, même s'il récidive encore parfois à gauche. Au vu de ce qui précède, force est de constater, au vu de l'apparition de nouveaux diagnostics, qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré a été rendue plausible dont il convient encore d'examiner si elle a des répercussions sur le droit aux prestations de l'intéressé. Eu égard aux considérations qui précèdent, il se justifie d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, de procéder aux investigations nécessaires quant aux répercussions sur la capacité de travail de l'assuré et de rendre un jugement au fond. Dès lors que le recourant n'est assisté d'aucun mandataire et que la procédure n'a engendré aucun frais particulier pour lui, il n'y a pas lieu de lui octroyer des dépens. Succombant dans la présente procédure, l'intimé sera condamné au versement d'un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'OAI du 16 mai 2011 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 5 janvier

2011. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 5 janvier 2011 et nouvelle décision. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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