

GE_GERICHTE A/2197/2022 vom 16. März 2023

GE Cour de justice, 2023-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2197_2022

FR: GE_GERICHTE A/2197/2022 du 16 mars 2023

IT: GE_GERICHTE A/2197/2022 del 16 marzo 2023

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), 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

Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).
En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, l'état de fait déterminant est antérieur à l'année 2022, la recourante ayant allégué une aggravation de son état de santé depuis le mois d'avril 2021, de telle sorte que la LAI et ses dispositions d'application seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 3

Le 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

E. 4.1

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

E. 4.2

L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.) 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).

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. 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).

E. 5

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. 73a RAI (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 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.!

E. 6

!

E. 6.1

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 RAI 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 alors 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 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2019 du 15 janvier 2020).!

E. 6.2

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 (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a). L'examen du juge 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).!

E. 7

En l'espèce, il convient, pour examiner le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision litigieuse, le 1^{er} juin 2022, avec ceux présents au 17 octobre 2019, date de la précédente décision de l'OAI reconnaissant un degré d'invalidité de 60 %, dès le 1^{er} janvier 2019.!

En se fondant sur l'appréciation médicale de la Dresse B_____, datée du 7 juin 2021 et valant demande de réexamen en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, le SMR a, dans un premier temps, considéré par avis médical daté du 22 février 2022 que la rhumatologue n'apportait pas de nouveaux éléments objectifs et que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation durable de son état de santé. Après réception du projet de décision de refus d'entrer en matière, l'assurée a transmis à l'OAI trois appréciations médicales, respectivement rédigées par la Dresse B_____ (le 14 mars 2022), le Prof. E_____ (le 28 mars 2022) et la Dresse D_____ (le 31 mars 2022). Dans son avis médical du 13 avril 2022, le SMR ne s'est prononcé que sur le rapport médical de la Dresse B_____ daté du 14 mars 2022, sans mentionner les appréciations médicales du Prof. E_____ et de la Dresse D_____. Le médecin-conseil C_____ est tout de même parvenu à la conclusion que, par rapport au précédent rapport médical du 21 mai 2019, l'assurée avait rendu plausible une aggravation durable de son état de santé ; il demandait à ce que le volet rhumatologique et psychiatrique soient instruits. Une note téléphonique de l'OAI, datant du 14 avril 2022, fait état d'un contact avec l'assurée afin de savoir si elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique, cette dernière répondant qu'elle n'était pas suivie par un médecin psychiatre depuis des années. De manière inexplicable, le même médecin-conseil C_____, dans son avis médical SMR du 31 mai 2022, semble prendre le contre-pied de ses propres conclusions telles qu'elles ressortent de l'avis médical susmentionné du 13 avril 2022 et considère que la rhumatologue n'apporte pas de nouveaux éléments objectifs permettant d'évaluer une quelconque aggravation de l'état de santé. Il mentionne encore que l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique depuis des années et conclut, de manière totalement opposée à sa précédente conclusion contenue dans son rapport du 13 avril 2022, que l'avis du SMR du 21 mai 2019 reste valable et qu'il faut retenir une capacité de travail toujours nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. C'est sur la base de cette conclusion du SMR que l'OAI rend la décision querellée du 1^{er} juin 2022. Les éléments mentionnés ci-dessus indiquent clairement une contradiction dans les conclusions du SMR

telles qu'elles résultent du rapport du 13 avril et de celui du 31 mai 2022, alors même que le médecin-conseil C_____ semble se fonder sur la même appréciation médicale, constante, de la rhumatologue. La seule différence vient du contact établi dans l'intervalle avec l'assurée, qui a confirmé ne pas faire l'objet d'un suivi psychiatrique. On peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'absence de suivi psychiatrique pourrait avoir une influence sur la manière dont les troubles somatiques sont considérés par le SMR dans le rapport du 13 avril puis dans celui du 31 mai 2022, avec des conclusions diamétralement opposées. S'y ajoute le fait que le SMR n'a fait état, à aucun moment, des appréciations médicales des médecins traitants E_____ et D_____, qui vont pourtant dans le même sens que la rhumatologue B_____ et confirment l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il convient également de relever que l'OAI ne s'est pas déterminé sur les appréciations médicales supplémentaires des Dresses D_____ et B_____, faisant état de limitations fonctionnelles supplémentaires résultant de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, qui ont été transmises par la recourante en annexe à son complément de recours valant réplique et communiquées par la chambre de céans à l'OAI, en date du 13 octobre 2022. Compte tenu des contradictions relevées supra dans les avis médicaux du SMR et du fait que l'OAI ne s'est pas prononcé sur les pièces médicales complémentaires transmises dans le cadre du recours, la chambre de céans considère que l'instruction du cas n'a pas été effectuée de manière rigoureuse et que les conclusions de l'OAI selon lesquelles l'assurée n'est pas parvenue à établir de façon plausible l'aggravation de son état de santé doivent être écartées à la lecture des pièces du dossier, et notamment des appréciations médicales de ses médecins traitants.

E. 8

Ainsi, la chambre de céans considère que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé, depuis la dernière décision entrée en force du 17 octobre 2019, et qu'il se justifie que l'intimé procède à un nouvel examen de son cas.![endif]>![if>

E. 9

Sur le plan psychiatrique, la recourante produit une appréciation médicale, datée du 12 septembre 2022, signée par la Dresse F_____, psychiatre et psychothérapeute, attestant que l'assurée bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis le 13 juin 2022 en raison d'un épisode dépressif moyen (F 32.1). Le médecin traitant ajoute que « l'état dépressif qui évolue depuis le printemps 2021, s'inscrit dans le contexte de douleurs chroniques ayant généré une incapacité de travail de longue durée ».![endif]>![if> Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Toutefois, les faits survenus postérieurement doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). En l'espèce, les troubles psychiatriques n'ont jamais été invoqués auparavant par l'assurée et le certificat médical délivré par la Dresse F_____ confirme que le suivi psychiatrique a débuté le 13 juin 2022, soit postérieurement à la décision querellée rendue en date du 1^{er} juin 2022. Néanmoins, selon ce qu'indique le certificat en question, il se pourrait que les troubles psychiatriques aient débuté au mois d'avril 2021, soit avant que

la décision querellée ne soit rendue, et puissent ainsi avoir participé à l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Cette possibilité avait par ailleurs été évoquée par le SMR, dans son rapport du 13 avril 2022, concluant que l'assurée avait « rendu plausible une aggravation durable de son état de santé » et demandant au CM « d'instruire le volet rhumatologique et psychiatrique ». Dès lors, il sera également nécessaire que l'OAI instruisse la possibilité que des troubles psychiatriques se soient manifestés avant le 1^{er} juin 2022.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 1^{er} juin 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de la recourante.!

E. 11

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée, à titre de participation à ses frais et dépens (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. 12

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (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.