

GE_GERICHTE A/2478/2014 vom 29. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2478_2014

FR: GE_GERICHTE A/2478/2014 du 29 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/2478/2014 del 29 ottobre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.10.2014
A/2478/2014

A/2478/2014 ATAS/1107/2014 du 29.10.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2478/2014
ATAS/1107/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29
octobre 2014 4 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VERNIER
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____
(ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1952, travaille en tant que
courtepointière indépendante depuis 1982. ![/endif]>![if> 2. A la suite d'un cancer du
sein, diagnostiqué en août 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de
l'assurance-invalidité en date du 4 décembre 2006. Par communication du 6 décembre
2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) lui a octroyé une
perruque.![endif]>![if> 3. Le 13 mars 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande
tendant à l'octroi d'une aide financière pour se remettre à niveau. Elle expliquait avoir
continué à travailler, tant bien que mal, durant son traitement, mais avait constaté une
diminution de son rendement en raison de la fatigue et des migraines. ![/endif]>![if> 4.
L'OAI a recueilli les renseignements d'ordre médicaux et procédé à une enquête pour
activité professionnelle indépendante, au terme de laquelle il a été retenu un taux de
diminution du revenu de l'activité professionnelle de 50%. ![/endif]>![if> 5. Par
décision du 24 août 2009, l'assurée a été reconnue invalide à 50 % et mise au bénéfice
d'une demi-rente d'invalidité dès le 1 er août 2007. ![/endif]>![if> 6. Le 27 avril 2010,
l'assurée a téléphoné à l'OAI pour signaler l'aggravation de son état de santé. Le traitement
oncologique occasionnait une fatigue importante et elle souffrait en outre de
migraines.![endif]>![if> 7. Dans un rapport reçu par l'OAI le 31 mai 2010, le docteur
B_____, médecin, chef de clinique du Département de gynécologie et d'obstétrique des
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que la patiente présentait toujours une
asthénie séquellaire au traitement aggravée par une ménopause induite par la
chimiothérapie. Le traitement d'exemestane (Aromasin®) amplifie les symptômes de
fatigue et de ménopause, mais également inflige d'importantes arthralgies. Selon le Dr
B_____, il lui paraissait justifier de réévaluer le niveau de la rente chez une patiente
travaillant de façon indépendante. ![/endif]>![if> 8. Le 28 juin 2010, l'assurée a
communiqué à l'OAI un certificat médical établi par la doctoresse C_____, neurologue
FMH. Elle certifiait suivre régulièrement la patiente pour des migraines sans aura et avec de
rares aura visuelles qui avaient fait évoquer des céphalées symptomatiques en mars 2009.
L'IRM cérébrale du 16 mars 2009 s'était révélée dans les normes, si ce n'est de discrets
signes en relation avec son hypertension intracrânienne. ![/endif]>![if> 9. Se fondant sur
un avis du SMR considérant que les éléments avancés étaient déjà présents en août 2008 et

qu'il s'agissait d'une aggravation subjective, l'OAI, par décision du 20 septembre 2010, entrée en force, a refusé d'entrer en matière. ![/endif]>[/if> 10. Par courrier du 24 juillet 2013, l'assurée a demandé la révision de sa rente, exposant qu'elle était de plus en plus fatiguée, car le traitement d'antihormones concernant son cancer est prolongé de cinq ans supplémentaires par décision de son oncologue. L'assurée, qui continuait de travailler tant bien que mal, a joint son compte de pertes et profits et le bilan au 31 décembre 2012, laissant apparaître un chiffre d'affaires de CHF 58'451.10 et un résultat de CHF 5'992.60. ![/endif]>[/if> 11. Dans un courrier à l'attention de l'OAI, daté du 20 août 2013, la doctoresse D_____, médecin, chef de clinique du département de gynécologie et d'obstétrique des HUG, indique que l'assurée présente depuis août 2006 un cancer du sein à haut risque de récurrence pour lequel elle a subi une chimiothérapie, puis une radiothérapie. Elle est actuellement sous hormonothérapie qui a été poursuivie au-delà des cinq ans habituels dans le cadre d'une étude, au vu du haut risque de récurrence. La patiente rapporte une progression constante des effets indésirables liés à l'hormonothérapie sous forme d'une asthénie et de douleurs articulaires diffuses qui l'invalident dans ses activités quotidiennes. Elle a fait par ailleurs un épisode de bronchopneumonie au mois de juillet 2013 qui a aggravé toute sa symptomatologie. Dans ce contexte, la poursuite d'une activité professionnelle peut être préconisée, mais à un taux d'activité réduit. ![/endif]>[/if> 12. Par avis du 11 septembre 2013, le SMR, sous la plume du docteur E_____, considère qu'il n'y a aucun nouvel élément d'aggravation apporté par l'assurée. ![/endif]>[/if> 13. Le 23 septembre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière, auquel l'assurée s'est opposée, compte tenu de son état de santé qui se dégrade. Elle a sollicité un rendez-vous avec un médecin. ![/endif]>[/if> 14. Par courrier du 24 octobre 2013, l'assurée a informé l'OAI qu'elle réitérait sa demande, motif pris que sa capacité de travail est en dégradation, à savoir 70 % d'incapacité de travail. Elle a produit plusieurs certificats attestant une incapacité de travail de 70% depuis le 4 octobre 2013. ![/endif]>[/if> 15. Dans un rapport médical intermédiaire du 6 décembre 2013, le Dr B_____, des HUG, indique que l'état de santé est demeuré stationnaire et que la capacité de travail dans l'activité de couturière est de 50 %. Il considérerait toutefois qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. ![/endif]>[/if> 16. Par courrier du 29 juillet 2014, l'assurée demande des nouvelles de son dossier, précisant que son état de fatigue s'accroît et qu'elle souffre en outre d'arthrose et d'ostéoporose. ![/endif]>[/if> 17. Par décision du 31 juillet 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière, motif pris que selon l'avis du SMR, il n'y a pas de nouveaux éléments. ![/endif]>[/if> 18. L'assurée interjette recours le 25 août 2014, alléguant que son état de santé s'est aggravé. Elle a développé une ostéoporose depuis une année et souffre d'arthrose suite à son traitement. Elle a joint les rapports d'une scintigraphie osseuse pratiquée le 21 mai 2014, d'un examen tomodensitométrie du 26 juin 2014 concluant à une ostéopénie avec une perte significative de la densité minérale osseuse sur le rachis lombaire et un certificat d'arrêt de travail total dès le 6 octobre 2014 pour une durée d'un mois. ![/endif]>[/if> 19. Dans sa réponse du 23 septembre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours, se fondant sur le rapport des HUG du 13 décembre 2013. ![/endif]>[/if> 20. Par courrier du 14 octobre 2014, la recourante conteste la position de l'intimé, relevant que sa diminution de rendement n'est pas demeurée identique et réitère sa demande AI à 100%, car elle est de plus en plus restreinte dans ses activités en raison de son traitement. ![/endif]>[/if> 21. Sur quoi, la cause a été 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 26 septembre 2010 (LOJ - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 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 demande de révision déposée par la recourante. 5. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). C'est la dernière décision entrée en force qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). b) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'importance 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 (cf. art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3). 6. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue

(ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 et les arrêts cités).!

7. a) En l'espèce, la recourante a invoqué une aggravation de son état de santé en raison des effets secondaires dus à sa médication, de même que l'apparition d'arthrose et d'ostéoporose, entraînant des répercussions sur sa capacité de travail, plus particulièrement une diminution de son rendement. Selon l'intimé, le SMR a constaté, se référant au rapport du Dr B_____ que l'état de santé est stationnaire, que les atteintes à la santé étaient déjà connues lors de la demande d'août 2008 et que la capacité de travail est de 50%, raison pour laquelle il n'est pas entré en matière. b) A l'appui de sa demande de révision, la recourante a produit copie de ses comptes de l'année 2012 laissant apparaître un résultat net de CHF 5'992.60, ainsi que copies de deux certificats attestant d'une incapacité de travail de 70 % du 4 octobre 2013 au 5 décembre 2013. La recourante a également joint à son acte de recours deux rapports d'examen (densitométrie osseuse et scintigraphie osseuse), antérieurs à la décision querellée, concluant à une ostéopénie avec perte significative, par rapport au 17 septembre 2012, de la densité minérale osseuse sur le rachis lombaire. A la demande de l'intimé, la Dresse D_____ a indiqué, dans son rapport du 20 août 2013, que la recourante rapportait une progression constante des effets indésirables liés à l'hormonothérapie, avec asthénie et douleurs articulaires diffuses qui l'invalident dans ses activités quotidiennes. Enfin, un épisode de bronchopneumonie en juillet 2013 a aggravé sa symptomatologie. Le médecin a conclu que la poursuite de l'activité professionnelle peut être préconisée, mais un à taux d'activité réduit, sans préciser davantage. Questionné par l'intimé, le Dr B_____ a noté dans son rapport médical intermédiaire du 6 décembre 2013 que l'état de santé était stationnaire, que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité de couturière, tout en indiquant sous chiffre 13 qu'un examen médical était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. 8. Sur la base des pièces du dossier, la chambre de céans constate que les avis des médecins sont contradictoires quant à la capacité de travail de la recourante : capacité de travail de 50 % pour le Dr B_____, avec la réserve qu'il estimait qu'un examen médical était nécessaire à cet égard, capacité de travail réduite selon le Dresse F_____, incapacité de travail de 70 % selon les certificats délivrés par les HUG. De même, alors que le Dr B_____ indique un état de santé stationnaire avec absence de nouveaux diagnostics, la Dresse D_____ fait état d'une aggravation de la symptomatologie et les rapports d'examens attestent une ostéopénie, atteinte à la santé qui n'était pas présente lors de la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, le 24 octobre 2008. La chambre de céans relève à cet égard que l'intimé semble être entré en matière sur la demande, dès lors qu'il a entamé une instruction. Or, en présence de documents contradictoires quant à l'atteinte à la santé et la capacité de travail, il aurait dû poursuivre l'instruction. Concernant la diminution de rendement alléguée par la recourante, la chambre de céans relève que lors de l'enquête pour activité professionnelle indépendante effectuée par l'intimé le 23 juin 2008, il avait été constaté que les revenus réalisés variaient fortement, raison pour laquelle la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité avait été retenue. Les comptes produits ne sont ainsi pas déterminants. En revanche, dans la mesure où elle allègue travailler tant bien que mal, cela laisse supposer une baisse de rendement. Au vu de ce qui précède, il n'est

nullement exclu que l'état de santé de la recourante se soit modifié et/ou que sa capacité de travail se soit modifiée, en particulier par une diminution de rendement. Contrairement à l'avis de l'intimé, la chambre de céans considère que la recourante a rendu plausible une modification des circonstances, de sorte que c'est à tort qu'il a refusé d'entrer en matière.

9. Le recours, bien fondé, est admis et la décision de l'intimé annulée. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision du 31 juillet 2014. 3. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière, poursuive l'instruction et rende une nouvelle décision. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ 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.