

GE_GERICHTE A/3123/2017 vom 30. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3123_2017

FR: GE_GERICHTE A/3123/2017 du 30 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3123/2017 del 30 ottobre 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1968, originaire du Kosovo, mariée et mère de trois enfants, est entrée en Suisse le 25 janvier 2002 ; elle est titulaire d'un titre de séjour C, et a exercé une activité de femme de chambre au B_____ du 15 juin 2006 au 29 octobre 2009.![endif]>![if> 2. Le 2 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de pertes de mémoire, douleurs dans le corps entier, douleurs dans les yeux.![endif]>![if> 3. Le 3 février 2010, le docteur C_____ a certifié que l'assurée n'était plus apte à effectuer la profession de femme de chambre.![endif]>![if> 4. Le 13 novembre 2012, le doctresse D_____, psychiatrie FMH, a rempli un rapport médical AI attestant de trouble de l'adaptation et de trouble dépressif moyen entraînant des angoisses, myalgie, fatigue, manque de concentration, insomnie ; l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 13 octobre 2012. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle partielle dans un travail adapté, en pourcentage progressif.![endif]>![if> 5. Le 17 décembre 2012, le docteur E_____, médecin praticien, a rempli un rapport médical AI attestant des diagnostics d'état dépressif moyen, fibromyalgie, lombalgie invalidante, varices de la grande veine sphère droite opéré en 2001, varices réticulaires à droite, varice intersaphénienne de Léonard à droite, veine perforante incontinent à droite et insuffisance veineuse chronique du membre inférieur à droite.![endif]>![if> Elle présentait des lombalgies récidivantes depuis 2009. Dans l'activité de nettoyage, l'incapacité de travail avait fluctué comme suit : - du 12.09.2009 au 04.10.2009 à 100% ;![endif]>![if> - du 30.10.2009 au 23.11.2009 à 100% ;![endif]>![if> - du 09.12.2010 au 31.01.2011 à 50% ;![endif]>![if> - du 01.02.2011 au 13.02.2011 à 100% ;![endif]>![if> - du 14.02.2011 au 31.03.2011 à 50% ;![endif]>![if> - du 01.04.2011 au 30.04.2011 à 100% ;![endif]>![if> - du 01.05.2011 0% ;![endif]>![if> - du 29.08.2011 au 03.10.2011 à 50% ;![endif]>![if> Au-delà, il fallait voir avec le psychiatre. 6. Par communication du 10 avril 2013, l'OAI a refusé tout droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.![endif]>![if> 7. A la demande de l'OAI, la clinique romande de réadaptation (CRR) a rendu une expertise pluridisciplinaire (médecine interne docteur F_____ - psychiatrie docteur G_____ - rhumatologie : docteur H_____) le 19 août 2013.![endif]>![if> Ils ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail de : syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) ; obésité de grade II (E66.99) (BMI à 36) ; insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.9) ; kérato-conjonctivite sèche (H10.4). Au plan somatique au terme de leur appréciation, ils ne mettaient en évidence que très peu d'anomalies significatives. Il y avait quelques signes d'une kérato-conjonctivite sèche, d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs,

d'une obésité modérée. Le bilan de l'appareil locomoteur mettait en évidence de très discrets signes dégénératifs au niveau lombaire. Aucune de ces manifestations pathologiques triviales ne permettait d'expliquer l'intensité des douleurs et le handicap ressenti par l'assurée et en conséquence de justifier une incapacité de travail. L'intensité des plaintes alléguées qui ne reposaient sur aucun socle pathologique identifiable en cohérence avec ces plaintes, survenant dans un contexte psychosocial favorisant, leur faisait retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant qui n'avait cependant pas de caractère invalidant selon la jurisprudence actuelle. Ils avaient le sentiment, ce qui était déjà suggéré à l'étude du dossier, que c'étaient principalement des facteurs psysocho-sociaux au sens large qui conditionnaient la désinsertion professionnelle de l'assurée. Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. 8. Le 6 septembre 2013, le docteur I_____ du SMR a conclu au caractère probant de l'expertise.![endif]>![if> 9. Par projet de décision du 20 septembre 2013 et décision du 30 octobre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 10. Le 11 novembre 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une dépression, trouble de la vision et d'audition et stress présent depuis janvier 2015.![endif]>![if> 11. Par projet de décision du 29 janvier 2016 et décision du 8 mars 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.![endif]>![if> 12. Le 21 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en invoquant des problèmes de vue, de concentration, stress et vertiges, perte de mémoire, malaises provoquant des pertes de connaissance, douleurs permanentes sur le pied, douleurs se propageant au reste du corps depuis octobre 2016, date à laquelle l'atteinte était devenue flagrante, manifestée lors d'un stage aux EPI.![endif]>![if> Elle a communiqué : - Des certificats médicaux du Dr E_____ attestant d'une capacité de travail de 50% du 1^{er} au 30 juin 2016, du 13 au 27 juillet 2016, de 0% du 28 juillet au 22 août 2016, de 50% du 23 août au 7 octobre 2016, de 30% du 9 au 31 octobre 2016 et du 1^{er} au 31 janvier 2017, de 70% dès le 21 mars 2017 ;![endif]>![if> - un certificat médical de la doctoresse J_____, FMH chirurgie orthopédique, attestant d'une capacité de travail nulle du 24 mars 2015 au 1^{er} février 2016 et de 50% du 1^{er} février 2016 au 30 avril 2016.![endif]>![if> 13. Le 30 mars 2017, l'OAI a requis de l'assurée qu'elle fournisse, dans un délai de trente jours, tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision du 8 mars 2016.![endif]>![if> 14. Le 3 mai 2017, l'assurée a communiqué : « un avis du docteur K_____, FMH médecine interne et cardiologie, du 28 novembre 2016, indiquant ce qui suit :![endif]>![if> 1. N'a jamais été bilantée pour des allergies et ne souffre probablement pas de véritables allergies aux produits.![endif]>![if> 2. Elle a une capacité de travail physique résiduelle certaine, mis à part le port régulier de charges excédant cinq à sept kilos.![endif]>![if> 3. Elle est stressée dans tout nouvel environnement, et parle très mal le français : cela est un handicap certain. Peut-être un bilan chez un confrère psychiatre serait indiqué, en fonction de la langue bien entendu.![endif]>![if> 4. Une évaluation aussi rapide que possible dans le cadre d'un éventuel reclassement ou adaptation AI serait très intéressante.![endif]>![if> 5. Avec les restrictions mentionnées une capacité dès ce jour serait à envisager, sauf problème psy.![endif]>![if> 6. Un avis du Dr K_____ du 6 octobre 2016 selon lequel cette patiente maîtrise très mal le français. A part des surcharges lombaires, elle peut faire tous les travaux. Elle semble très stressée par tout environnement. N'a pas de véritables allergies. »![endif]>![if> 15. Le 23 mai 2017, l'assurée a communiqué à l'OAI un

certificat médical de la Dresse F_____ du 24 avril 2017 attestant que l'assurée était suivie en psychiatrie depuis le début de l'année 2016. Elle souffrait d'épisode anxio-dépressifs à répétition. Actuellement, elle bénéficiait d'un traitement médicamenteux : Fluctine® 20mg et Remeron® 15 mg. Son état physique restait fluctuant avec des angoisses, insomnies et manque de concentration. 16. Par projet de décision du 24 mai 2017 et décision du 4 juillet 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 17. Le 21 juillet 2017, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 4 juillet 2017 en relevant que sa situation médicale avait changé depuis le 3 mars 2016, que la douleur sous le pied, où elle avait été opérée, resurgissait régulièrement et augmentait à la marche, à la chaleur, qu'elle avait en permanence des maux de dos et de tête, des oublis, des angoisses, de la dépression, qu'elle n'était, pour ces raisons, pas capable de trouver un travail mais aussi parce qu'elle avait de la difficulté à comprendre le français, qu'elle ressentait une pression due à ses responsabilités financières de mère de trois enfants et qu'elle était à disposition pour un entretien où elle pourrait défendre sa cause de vive voix. 18. Le 16 août 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours car la recourante n'avait produit aucune pièce justifiant la reprise de l'instruction du dossier. 19. La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti. 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 1er 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er 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, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. b. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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). 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 108 consid. 2b p. 114). 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 1er 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 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). 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 (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). 4. En l'espèce, les pièces médicales transmises par la recourante dans le cadre de sa troisième demande de prestations ne sont pas à même de démontrer une aggravation plausible de son état de santé depuis la dernière décision du 30 octobre 2013, laquelle a évalué l'état de santé de la recourante. Les certificats médicaux du Dr E_____ attestent d'une capacité de travail de la recourante fluctuante depuis le 1er juin 2017 ; ils ne sont toutefois pas motivés et donc pas à même de démontrer une modification de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise de la CRR du 19 août 2013 ; au surplus, le Dr E_____ mentionne une capacité de travail de 70% recouvrée le 21 mars 2017, pour une durée indéterminée. Quant aux certificats médicaux du Dr K_____ (06.10 et 28.11.2016), ils attestent d'une capacité de travail physique résiduelle certaine de la recourante dans tous travaux hors surcharges lombaires. Enfin, le certificat médical de la Dresse D_____ (24.04.2017) ne mentionne aucune incapacité de travail mais uniquement un état psychique fluctuant. 5. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté. Au surplus, la procédure est gratuite. 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.