

GE_GERICHTE A/3432/2015 vom 21. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3432_2015

FR: GE_GERICHTE A/3432/2015 du 21 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/3432/2015 del 21 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

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.

E. 2

De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement ». L'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que 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). b. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 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). 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 (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG), 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 LPG) 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 Cst.; 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). 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 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). 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 ; ATF 109 V 262 consid. 4a). 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 (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). 5. 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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant 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).!endif]>![if> 6. Il convient en l'espèce d'examiner si l'assuré a ou non rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 19 mai 2009, date à laquelle une décision niant son droit à toute prestation AI a été rendue. !endif]>![if> 7. En novembre 2000, l'assuré a été victime d'un accident de voiture et a présenté une burst fracture de D11. Il a subi une spondylodèse D10-D12 le 27 novembre 2000, puis l'ablation

du matériel d'ostéosynthèse le 7 octobre 2003. L'évolution a été progressivement favorable.![endif]>![if> Le Dr B_____ a indiqué le 21 juin 2004 que l'on pouvait s'attendre à des lombalgies résiduelles à la charge selon le type d'activité physique ou professionnelle. 8. Le Dr C_____ a indiqué le 4 juin 2015 que l'assuré souffrait depuis « l'an dernier » d'une lombo-sciatalgie D sur discopathie L5/S1 avec herniation compressive de S1 à droite, traitée conservativement. Une volumineuse hernie discale a été mise en évidence lors des IRM des 24 avril 2013 et 27 avril 2015.![endif]>![if> Dans son avis du 13 mars 2016, le Dr E_____ fait état d'une hernie discale L5-S1 associée à un rétrécissement foraminaux bilatéral d'origine mixte à prédominance droite, marquée par une sciatalgie droite clinique nette, d'une inflammation des plateaux vertébraux inférieurs de L5 et supérieurs de S1 avec la présence du signe de MODIC, et d'une décompensation dégénérative post traumatique et algique des étages sus et sous-jacents à la fracture de la vertèbre TH11. Selon ce médecin, l'assuré présente une aggravation de son état de santé au plan de l'appareil locomoteur. L'incapacité de travail est totale. 9. Force est ainsi de constater que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis 2009 et que cette aggravation a une répercussion négative sur sa capacité de travail.![endif]>![if> L'assuré a apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI du 19 mai 2009 et propre à modifier ses droits, de sorte que c'est à tort que l'OAI a refusé d'entrer en matière. Il y a à ce stade lieu de rappeler que le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'OAI a statué. On ajoutera ainsi que, dans la mesure où l'avis du Dr E_____ confirme l'existence des atteintes relevées par le Dr C_____ dans son rapport du 4 juin 2015 et permet d'apprécier les circonstances au moment où la décision litigieuse du 25 septembre 2015 a été rendue, il peut être pris en compte par la chambre de céans dans le cadre du présent litige, même si l'intimé n'en avait pas connaissance au moment de notifier sa décision. Ce qui importe en effet est que les nouvelles atteintes étaient déjà présentes lorsque la décision litigieuse a été rendue. 10. Partant, le recours est admis et la décision litigieuse annulée. La cause est renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière, effectue une instruction médicale et rende une décision sujette à recours.![endif]>![if> 11. Représenté par un mandataire, l'assuré, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).![endif]>![if> 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.