

GE_GERICHTE A/3739/2008 vom 2. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3739_2008

FR: GE_GERICHTE A/3739/2008 du 2 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3739/2008 del 2 dicembre 2008

Regeste

; AI(ASSURANCE) ; RÉVISION(DÉCISION) ; RÉVISION(PRESTATION D'ASSURANCE) ; AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ ; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL) ; CRÉDIBILITÉ ; DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ ; EXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; MÉDECIN

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.12.2008 A/3739/2008

A/3739/2008 ATAS/1429/2008 (2) du 02.12.2008 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 27.01.2009, rendu le 22.10.2009, ADMIS, 9C_67/2009 Descripteurs : ; AI(ASSURANCE) ; RÉVISION(DÉCISION) ; RÉVISION(PRESTATION D'ASSURANCE) ; AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ ; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL) ; CRÉDIBILITÉ ; DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ ; EXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; MÉDECIN En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3739/2008 ATAS/1429/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 2 décembre 2008 En la cause Madame J_____, domiciliée àGENEVE, représentée par la Fédération Suisse pour Intégration des handicapés recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame J_____, (ci-après la recourante), née en 1967, originaire du Maroc où elle a vécu jusqu'en 1994, a une formation de dactylographe, et a exercé le métier de concierge de 1999 à 2005. Au mois de février 2006, la recourante a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), sollicitant une orientation professionnelle, en raison d'un problème de tunnel carpien. L'OCAI a diligencé une expertise médicale, effectuée par le BUREAU ROMAN D'EXPERTISES MÉDICALES (BREM), qui a rendu son rapport le 10 janvier 2008. Aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. En revanche, les diagnostics de douleurs chroniques irréductibles, status après cure de tunnel carpien à deux reprises en 2004 et 2005 à droite sans élément compressif actuel ni déficitaire, d'obésité de degré 1, de trouble anxieux et dépressif mixte et de personnalité dépendante ont été posés, diagnostics qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est par conséquent entière, y compris dans l'activité de concierge, avec un rendement diminué d'environ 10 %. Une expertise orthopédique, effectuée par l'assureur de gain, en décembre 2005, a été jointe au dossier. Les diagnostics de dysesthésies et hypoesthésies subjectives des deux mains sans substrat somatique objectivable, de status après neurolyse du tunnel carpien et d'état anxio-dépressif ont été posés. Une « incohérence manifeste entre l'étendue et la

caractéristique des plaintes d'une part, et l'absence de lésion somatique objectivable d'autre part » a été relevée par l'expert. La capacité de travail dans toute activité est entière. Par décision du 25 avril 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au vu des conclusions des experts. Cette décision est entrée en force. Le 25 juin 2008, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations, pour trouble dépressif présent depuis environ 2004. Par courrier du 4 juillet 2008, les HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après HUG), département de psychiatrie, ont attesté, à la demande de la recourante, d'«éléments psychiatriques nouveaux justifiant la demande de prestations pour invalidité à 100 % depuis mars 2006 ». Aucune amélioration du trouble dépressif sévère dont elle souffre n'a été constatée, malgré un suivi médico-infirmier conjoint et de multiples tentatives de traitement médicamenteux. Les douleurs aux deux poignets sont toujours plus présentes et handicapantes et altèrent sa thymie de façon significative. La capacité de travail est nulle. Par avis médical du 22 juillet 2008, le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR) a examiné ce certificat médical. Il a constaté que l'expertise psychiatrique du BREM a décrit l'évolution de l'état psychique de la recourante comme étant stationnaire depuis la prise en charge psychiatrique en mars 2006 jusqu'au jour de l'examen le 14 décembre 2007, et qu'à cette date les critères ne correspondaient pas à ceux d'un trouble dépressif récurrent sévère. Aucun élément n'indique une aggravation récente de l'état psychique de l'assurée. Les douleurs au poignet ne sont pas non plus un élément nouveau. Par conséquent, aucun élément ne rend plausible une aggravation de l'état de santé et l'OCAI ne peut pas entrer en matière. Par projet de décision du 24 juillet 2008, confirmé par décision du 22 septembre 2008, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Dans son recours du 17 octobre 2008, la recourante conclut à l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière et au renvoi de la cause à l'OCAI pour nouvelle décision. La recourante fait valoir que la précédente décision, entrée en force, notifiée le 25 avril 2008, ne portait que sur le refus du droit au reclassement dans une nouvelle profession. Il n'y a donc pas autorité de chose jugée sur la question de la rente d'invalidité. Un refus d'entrer en matière n'est donc pas justifié. Dans sa réponse du 17 novembre 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il confirme que le refus d'entrer en matière était fondé, au vu de l'absence d'éléments rendant plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations. Par ailleurs, la précédente décision portait sur l'ensemble des prestations dues, cas échéant, à l'assurée, en vertu de la maxime d'office. La motivation de la décision le confirme. La capacité de travail de la recourante a été examinée sur la base de deux expertises médicales complètes. Toute incapacité de travail ayant été exclue par les experts, aucune prestation n'était due à l'assurée. Après communication de ces écritures aux parties le 24 novembre 2008, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de non entrée en matière de l'OCAI. Toutefois, il convient d'examiner préalablement l'argument de la recourante selon lequel le droit à la rente n'aurait pas été examiné dans le cadre de la précédente demande, et qu'il n'y aurait dès lors pas chose jugée en la matière. C'est méconnaître que l'administration examine les demandes, prend d'office les mesures

d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin pour déterminer le droit aux prestations (art. 43 LPGA). Ainsi, l'administration n'est pas limitée par une prestation particulière que réclamerait l'assuré. À cela s'ajoute que la réadaptation professionnelle prime le droit à la rente d'invalidité. Celui-ci ne prend naissance qu'à partir d'un taux d'invalidité de 40 % (art. 28 LAI). En deçà d'un taux d'invalidité d'environ 20 %, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas ouvert (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Enfin, la recourante elle-même avait prioritairement réclaté le droit à une réorientation professionnelle. C'est la raison pour laquelle l'OCAI a refusé les mesures professionnelles réclamées, toutefois au terme d'une instruction complète qui a conduit au refus de toute prestation, en raison d'une totale capacité de travail exigible de la recourante. On rappellera à l'attention de la recourante qu'il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcé l'autorité judiciaire par un jugement passé en force (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). En l'occurrence, la décision précédente est entrée en force, faute de recours. Le droit aux prestations antérieur au 25 avril 2008 a dès lors été examiné, de manière définitive. Seule peut entrer dès lors en considération une demande de révision ou de reconsidération. 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. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 du Règlement sur l'assurance-invalidité). 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande 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 et la référence sous note n° 27). La révision ne doit pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent (KIESER, ATSG-Kommentar, note 12 ad art. 53). En cela, elle est un moyen subsidiaire par rapport aux voies de droit ordinaires (BEERLI-BONORAND, Die ausserordentlichen Rechtsmittel in der Verwaltungsrechtspflege des Bundes und der Kantone, thèse Zurich 1985, p. 109). Si le recourant ne rend pas plausible une telle modification, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 125 V 369 consid. 2 et la référence ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En l'espèce, force est de constater que c'est à juste titre que l'OCAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Le SMR a examiné le rapport médical produit, et a constaté, à juste titre, qu'aucune aggravation, à plus forte raison notable, de l'état de santé ne pouvait être retenue depuis la précédente décision. Le psychiatre traitant fait une appréciation différente de l'état de santé de la recourante de celle de l'expert du BREM. D'ailleurs, le psychiatre traitant fait état d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente qui remonte au mois de mars 2006, période qui a précisément fait l'objet de l'expertise. Il en est de même des douleurs aux deux mains, prises en considération tant par le BREM que par l'expert orthopédique. Aucune aggravation notable de l'état de santé n'a été rendue plausible. Le recours sera donc rejeté. Une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui n'est d'ailleurs pas sollicitée en l'espèce, ne pourrait pas non plus être admise. D'une part, rien n'indique que la décision initiale ait été manifestement erronée, bien au contraire vu l'instruction complète menée par l'OCAI dans ce cadre. D'autre part, la reconsidération ne peut pas être imposée à l'administration (ATF 117 V 12 consid. 2a et les références). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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); 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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS 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.