

GE_GERICHTE A/577/2011 vom 5. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_577_2011

FR: GE_GERICHTE A/577/2011 du 5 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/577/2011 del 5 settembre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame N _____, domiciliée c/o M. O _____, à Thônex recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame N _____ (ci-après l'assurée), née en 1961, a travaillé comme nettoyeuse à 60%. En septembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en raison d'une déchirure musculaire à l'épaule droite due à un accident. En juin 2003, l'assurée a été victime d'un accident de la route, qui a exacerbé ses douleurs. En date du 14 juillet 2004, l'assurée a fait l'objet d'un examen bidisciplinaire (rhumato-psychiatrique) par le Service médical régional de l'AI (ci-après SMR). L'assurée présentait une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acromial, dans le cadre d'un status post-acromioplastie et réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs, un discret status variqueux des membres inférieurs et une obésité, sans pathologie psychiatrique. La capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeuse, mais entière dans une activité adaptée. Par décision du 12 avril 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations, constatant l'existence d'un taux d'invalidité global de 8% (correspondant à 20% d'empêchement dans l'activité ménagère effectuée à 40%). Dans l'activité professionnelle, la perte de gain était nulle dès lors que le salaire que l'assurée aurait pu obtenir sans invalidité était inférieur à celui qu'elle pouvait obtenir dans une activité adaptée. Cette décision est entrée en force. En date du 21 juin 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, alléguant une aggravation de son état de santé. Par décision du 30 septembre 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Cette décision est entrée en force. En date du 13 mars 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Le 19 novembre 2007, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique auprès du SMR. Dans leur rapport du 11 février 2008, les examinateurs ont retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une périarthrite scapulo-humérale droite dans le cadre d'un status postacromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs en 2001, des rachialgies diffuses non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif cervical, une discopathie L5-S1 protrusive et d'importantes dysbalances musculaires avec insuffisance posturale, une gonarthrose bilatérale débutante dans le cadre de genua valga, une arthrose fémoropatellaire et une dégénérescence mucoïde du ménisque droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, s'ajoutaient une obésité, un status post-cholécystectomie (avant 2000) et un status post-cure de varices bilatérales en 2005. L'assurée ne pouvait pas reprendre son activité de nettoyeuse, mais une activité adaptée restait théoriquement exigible, sous réserve d'une atteinte psychiatrique. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : éviter une position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée. L'assurée ne pouvait pas travailler en flexion-abduction au delà de 60° avec

son bras droit, le port de charges était limité à 5 kg. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 75% dès novembre 2005. Le 21 mai 2008, l'assurée a contesté le projet de décision de refus de prestations de l'OAI, en se référant notamment à un rapport du 16 mai 2008 établi par le Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'un épisode dépressif majeur sévère avec insomnie grave et doublé d'un état de stress post-traumatique chronique. Par décision du 30 juin 2008, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. L'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis novembre 2005 et sa capacité de travail résiduelle était de 75% dans toute activité en raison de rachialgies diffuses ainsi que d'une discopathie et d'une gonarthrose bilatérale débutante. Les diagnostics psychiques ne pouvaient être retenus dès lors que le SMR avait examiné et rejeté de tels diagnostics lors de son examen de 2004. Compte tenu de son statut mixte, d'un taux de capacité de travail de 75% et d'un abattement de 20% sur les salaires statistiques, l'invalidité professionnelle de l'assurée était de 15%. L'empêchement dans l'activité ménagère restait inchangé (20%) de sorte que l'invalidité globale était de 12%. Par arrêt du 20 janvier 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre cette décision (ATAS/36/2009). Le 8 septembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, expliquant que le médecin conseil du chômage l'avait déclarée inapte au travail à 100%. Elle demandait à l'OAI de revoir sa décision car son état de santé ne s'améliorait pas, au contraire, il empirait de jour en jour. Dans le cadre de cette nouvelle demande, le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a, par rapport du 31 août 2010, indiqué à l'OAI que l'assurée présentait des douleurs trochantériennes et inguinales droites chroniques ainsi qu'une épicondylite droite récidivante. Une infiltration était prévue en septembre 2010 et il préconisait une baisse de poids. Selon lui, l'assurée était incapable de travailler même à temps partiel, en raison des douleurs diffuses prédominant au niveau de la hanche droite. Le Dr Q _____ a joint un rapport daté du 26 mai 2009, dans lequel il a notamment indiqué qu'en raison des douleurs diffuses, des séances d'acupuncture avaient été initiées dès le 11 mai 2009 auprès de la Dresse R _____, spécialiste FMH en médecine interne générale. L'assurée souffrait par ailleurs d'une épicondylite droite révélée par une échographie effectuée le 28 avril 2009 et pour laquelle une infiltration du coude droit avait été réalisée. Le Dr Q _____ a également joint un rapport du 27 avril 2010 du Dr S _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, que l'assurée a consulté pour les douleurs irradiant depuis la région trochantérienne et inguinale droite à la cuisse droite, augmentées depuis trois mois et présentes même au repos. L'assurée décrivait des fourmillements et une faiblesse associée. L'échographie de la hanche droite, effectuée en août 2009, avait mis en évidence une tendinopathie du moyen fessier droit et la radiographie du bassin, effectuée en février 2010, était normale. Ce médecin a demandé une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) de la hanche droite, qui a confirmé l'échographie de 2009, avec des signes de tenosynovite des abducteurs à l'insertion trochantérienne. Selon le médecin, les problèmes se rapportaient sans doute au poids, de sorte que la question d'un by-pass devait être rediscutée. Il n'avait pas de nouveau traitement à prescrire, mais après une perte de poids significative, un meilleur succès lui semblait probable. Enfin, était annexée une décision de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) du 26 avril 2010, qui se réfère à un avis du Dr T _____ du 20 avril 2010 attestant que l'assurée ne pouvait plus travailler, et cela de façon définitive. Par rapport du 1^{er} octobre 2010 adressé à l'OAI, le Dr Q _____ a expliqué que depuis quelque temps, l'assurée présentait une tendinopathie chronique, très invalidante au niveau

de la hanche et au niveau du coude infiltrée à plusieurs reprises et ayant bénéficié de traitements anti-inflammatoires et de physiothérapie, sans amélioration notable (épicondylite, tendinite et bursite du moyen fessier, ténosynovite des abducteurs). Ces douleurs l'handicapaient énormément dans les activités de la vie quotidienne et lors de la marche. En outre, l'assurée allait être vue prochainement pour discuter d'un éventuel by-pass gastrique en raison d'une obésité morbide. Il a joint un rapport établi le 3 septembre 2010 par le Dr U_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une tendinopathie du moyen fessier droit. Par avis du 3 novembre 2010, le Dr V_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que les nouvelles pathologies sont uniquement inflammatoires et qu'elles devraient s'amender avec un traitement adéquat. Ces atteintes n'étant pas durables, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière. Par décision du 24 janvier 2011, confirmant son projet du 17 novembre 2010, l'OAI a rejeté la demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Par acte du 23 février 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision, faisant valoir notamment que son état de santé s'était dégradé. Elle explique que lorsqu'elle marche, les muscles de ses jambes lâchent. Elle avait même pris de la morphine contre la douleur. Son médecin et le médecin conseil de l'OCE avaient en outre confirmé son incapacité de travail. Par réponse du 14 mars 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Interjeté dans le délai légal et en la forme prescrite, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante. a) 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, son impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). 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 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) 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 114 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3). c) L'exigence relative au caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 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 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; ATF du 5 octobre 2001, I 724/99, consid. 1c/aa). d) 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). En l'espèce, la dernière décision de refus de prestations remonte au 30 juin 2008. Elle était fondée sur les conclusions de l'examen rhumatologique effectué le 19 novembre 2007 et selon lesquelles la recourante présentait, avec répercussion sur sa capacité de travail, une périarthrite scapulo-humérale droite dans le cadre d'un status post-acromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs en 2001, des rachialgies diffuses non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif cervical, une discopathie L5-S1 protrusive et d'importantes dysbalances musculaires avec insuffisance posturale, une gonarthrose bilatérale débutante dans le cadre de genua valga, une arthrose fémoropatellaire et une dégénérescence mucoïde du ménisque droit. Dans le cadre de sa demande de prestations du 8 septembre 2010, la recourante a produit des rapports médicaux dont il résulte qu'elle présente une atteinte au coude droit - une épicondylite révélée par une échographie en avril 2009 - et des atteintes à la hanche droite - tendinite et bursite du moyen fessier ainsi qu'une ténosynovite des abducteur révélées par une échographie en août 2009, qui a été confirmée par une IRM en avril 2010 et une échographie en septembre 2010 - (rapport du Dr Q _____ du 26 mai 2009, rapport du Dr S _____ du 27 avril 2010 et rapport du Dr U _____ du 3 septembre 2010). Or, aucune de ces atteintes n'existait à la date déterminante du 30 juin 2008. Il apparaît en outre qu'en raison de ces troubles, la recourante a bénéficié de traitements anti-inflammatoires, de physiothérapie, de séances d'acupuncture et d'infiltrations, sans amélioration notable (rapports du Dr Q _____ des 26 mai 2009 et 1^{er} octobre 2010). Dans son recours, la recourante a expliqué en outre avoir pris de la morphine en raison des douleurs, qui auraient, selon le Dr Q _____, une répercussion sur sa capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du 31 août 2010). Force est donc de constater qu'il existe des indices d'une modification des circonstances entre 2008 et 2010, avec l'apparition de nouveaux diagnostics touchant le coude et la hanche droites et qui, contrairement à l'avis du SMR du 3 novembre 2010, semblent perdurer malgré les traitements prodigués. L'intimé se devait dès lors de les investiguer et donc d'entrer en matière sur la demande de prestations. Eu égard aux considérations qui précèdent, il se justifie d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour lui d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante.

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Tel ne sera pas le cas en l'espèce, le recours ayant été interjeté contre une décision de non entrée en matière, et non d'octroi ou de refus de prestations. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'intimé du 24 janvier 2011. Renvoie la cause à l'intimé, à charge pour lui d'entrer en matière sur la demande de prestations du 8 septembre 2010. Dit que la procédure est gratuite. 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.