

GE_GERICHTE A/681/2011 vom 7. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_681_2011

FR: GE_GERICHTE A/681/2011 du 7 juin 2011

IT: GE_GERICHTE A/681/2011 del 7 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ALDER Murat Julian recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 1964, portugaise d'origine, est arrivée en Suisse en 1980. Elle a exercé divers emplois, tels que dame d'office, ouvrière dans l'horlogerie et nettoyeuse. En date du 20 septembre 1993, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), qui l'a rejetée par décision du 28 août 1997. Cette décision a fait l'objet de recours successifs auprès de la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI, alors compétente, puis du Tribunal fédéral des assurances, et a été confirmée. L'assurée a repris un emploi de nettoyeuse à raison de 8h15 par jour du 7 mai au 4 août 2001. a) Le 18 octobre 2001, elle a déposé une seconde demande de prestations, alléguant souffrir de douleurs au dos et à la nuque. Suite à l'instruction du dossier, dans le cadre duquel les Drs L _____, généraliste, et M _____, spécialiste FMH en chirurgie, ont été consultés, l'OAI a à nouveau rejeté, par décisions du 15 mai 2002, sa demande de rente et de mesures de reclassement professionnel. b) Par arrêt du 19 mai 2004, le Tribunal de céans a partiellement admis le recours de l'assurée contre la décision de refus de rente, et a renvoyé la cause à l'OAI, pour expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. c) En exécution de cet arrêt, l'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) pour expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie et psychiatrie). Le 4 mai 2005, le Dr N _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de la CRR, a rendu son rapport d'expertise. Il a expliqué que l'anamnèse était donnée sous toute réserve, l'assurée collaborant mal, fournissant des réponses plates, sans consistance, allant toujours dans le même sens d'une douleur obérant toute activité et faisant pratiquement d'elle une impotente. Selon ce spécialiste, les incohérences de l'assurée dans la description de l'aide obtenue de tiers, dans la prise médicamenteuse ou encore dans les limitations de ses activités étaient telles qu'elles lui faisaient perdre toute crédibilité. Elle affirmait souffrir de douleurs intéressant exclusivement l'hémicorps gauche, principalement les membres mais également le tronc. Lors de la mobilisation passive de ces articulations, ce médecin a pu noter un rictus douloureux systématique. L'assurée décrivait sa douleur comme horrible, inexplicable, constante et insomnante. L'examen clinique a cependant montré qu'elle était en excellent état général ; toutes les articulations étaient calmes et bien mobiles et ce de façon symétrique. Ce médecin a conclu que l'état douloureux dont se plaignait l'assurée ne trouvait aucun correspondant objectif et que, par conséquent, il ne voyait pas comment cautionner une hypothétique incapacité sur la base d'une atteinte à l'appareil locomoteur qui restait à démontrer. Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2005, le Dr O _____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de la CRR, a retenu que les plaintes douloureuses de l'assurée dépassaient ce que laisseraient attendre les éléments somatiques objectifs. Elles se situaient dans un contexte psychosocial délétère chez une personne qui souffrait, qui avait des difficultés avec ses enfants et dont les deux parents étaient au bénéfice de rentes de l'assurance-invalidité. Sur la base de ces éléments, ce médecin a fondé sa conviction que les douleurs étaient d'origine psychogène et que le cas de l'assurée entrait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La comorbidité psychiatrique n'était pas significative, les traits de personnalité pathologiques ne constituant pas un trouble spécifique valant pour une perturbation du fonctionnement personnel et socioprofessionnel ; les éléments schizoïdes n'étaient pas retenus. Ce spécialiste a par ailleurs relevé que l'assurée avait des contacts fréquents avec ses parents, qu'elle décrivait son réseau d'amis comme large et que ses proches l'assistaient de façon conséquente pour son ménage et pour la confection de ses repas. Selon lui, son comportement d'invalidé semblait relever essentiellement de facteurs sortant du champ médical stricto sensu et il s'agissait vraisemblablement d'une situation fixée pour longtemps, puisque les possibilités thérapeutiques avaient été explorées depuis plusieurs années, qu'une psychothérapie n'aurait pas de sens et que les médications psychotropes n'avaient pas donné de résultats. Le 3 mai 2005, le Dr P _____, spécialiste en neurologie de la CRR, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significative. Les plaintes de l'assurée concernaient principalement l'ensemble de l'hémicorps gauche, débutant au niveau de la nuque pour s'étendre dans l'ensemble des membres supérieur et inférieur gauches. Il a relevé que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison du comportement de l'assurée. Selon ce médecin, l'évaluation a fait apparaître un tableau d'incohérence totale chez une patiente s'auto-limitant à tous les tests et s'estimant invalide, incapable d'une quelconque activité. Il a à cet égard noté qu'elle était aidée dès son réveil par des proches pour sa toilette et ses activités ménagères ; elle sortait toutefois quasiment tous les jours avec ses amis. Ce spécialiste a par ailleurs constaté que l'assurée n'avait pas de plan thérapeutique clair et que tous les traitements, tant physiques que médicamenteux, n'avaient jamais pu améliorer la situation ou avaient été interrompus par la patiente elle-même. D'un point de vue purement médical, et sans mettre en doute le fait que l'assurée souffrait, il n'était, selon lui, pas possible de démontrer une quelconque limitation qui pourrait empêcher qu'elle reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit. d) Se fondant principalement sur les conclusions du rapport de la CRR, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2005 et décision sur opposition du 12 août 2005, rejeté sa demande de rente. e) Cette décision a été déferée au Tribunal de céans, lequel a recueilli des renseignements auprès des Drs Q _____, R _____ et S _____. La Dresse Q _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué, le 24 novembre 2005, ne pas pouvoir se prononcer sur le degré d'incapacité de travail de l'assurée, attendu qu'elle ne l'avait pas suffisamment rencontrée. Le Dr R _____, généraliste, a quant à lui signalé suivre l'assurée depuis 1997 pour des maux de tête, des insomnies, des douleurs abdominales et ostéoarticulaires et a relevé la présence éventuelle d'une fibromyalgie et une amélioration de sa dépression. D'après lui, elle était en totale incapacité de travail pour des raisons psychosomatiques. Enfin, le Dr S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que les aspects sociaux très compliqués de l'assurée pouvaient être la conséquence d'un trouble psychique de type anxiété-dépression, laquelle n'avait pas pu être évaluée de manière suffisante lors de son unique consultation. Le Tribunal de céans a débouté l'assurée par arrêt du 11 avril 2006. Il a

considéré que le rapport de la CRR présentait pleine valeur probante, que les rapports des autres médecins n'étaient pas suffisamment détaillés pour remettre en cause sa valeur probante et que le syndrome douloureux somatoforme présenté par l'assurée n'était pas invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique suffisamment importante et de réalisation de plusieurs des autres critères prévus par la jurisprudence. Il a ainsi rejeté le recours de l'assurée. f) Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 13 avril 2007. Le 9 février 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, indiquant qu'elle souffrait de dépression, de migraine et de lombalgies chroniques, atteintes existant depuis 2001. Par courrier du 10 février 2009, l'OAI l'a invitée à produire tous documents médicaux utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la précédente évaluation. En date du 9 mars 2009, l'assurée lui a transmis divers documents, dont une grande partie fait état de son état de santé avant la décision sur opposition du 15 août 2005. Certains rapports sont postérieurs à cette décision, soit notamment : - un certificat du 15 mai 2006 du Dr R_____, lequel a retenu un syndrome musculo-articulaire, algique, erratique, chronique, s'accompagnant de troubles du sommeil, de troubles neurovégétatifs et d'une dépression, et caractérisé par une fibromyalgie depuis quelques temps. L'assurée présentait une incapacité de travail ; - un rapport du 17 novembre 2006 de la Dresse T_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué que l'assurée était dépressive et très ralentie, qu'elle souffrait de céphalées depuis de nombreuses années, lesquelles étaient quotidiennes depuis un mois. Il n'existait cependant aucun trouble neurologique objectif, les résultats de l'IRM récente étant normaux ; - un rapport du 26 avril 2007 de la Dresse U_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie hépatologie, laquelle a attesté avoir vu l'assurée pour une gastroscopie. Elle se plaignait de douleurs épigastre-hypochondres droits avec brûlures et crampes. L'examen effectué était rassurant et un traitement a été mis en place ; - une attestation du 4 mars 2009 du Dr L_____, dont il ressort que l'assurée souffrait de dépression chronique, de lombalgies chroniques, d'hypertension artérielle, de migraine chronique et de probable fibromyalgie. L'assurée était suivie à la consultation des Pâquis pour sa dépression ; - une copie d'une carte de visite et de rendez-vous de la Consultation des Pâquis sans toutefois qu'un rendez-vous n'y soit noté. Le même jour, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations, dans le cadre de laquelle elle faisait état des mêmes atteintes que dans sa troisième demande. Par courrier du 11 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne pouvait pas donner de suite favorable à cette dernière demande, attendu qu'il était en train d'évaluer s'il y avait lieu d'entrer en matière sur sa précédente demande datée du 9 février 2009. Par avis du 13 mars 2009, le Dr V_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que les documents produits ne révélaient aucun élément nouveau par rapport à l'expertise de la CRR de 2005. En date du 20 mars 2009, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de décision de non-entrée en matière. Par courrier du 1^{er} avril 2009, l'assurée a contesté ledit projet de décision, alléguant notamment souffrir de mal de dos et de dépression. Elle produit un certificat établi par L_____ le 7 septembre 2009, et aux termes duquel elle était actuellement en traitement et suivie par son cabinet pour des douleurs musculaires diffuses, probablement dues à une fibromyalgie, et pour de fortes migraines. Par décision du 16 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision de non-entrée en matière, aucun élément produit postérieurement à ce projet ne permettant de modifier sa position. Par arrêt du 8 décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée. Le 5 octobre 2010, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande. Par décision du 2 février 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Le 7

mars 2011, l'assurée, représentée par Me Murat Julian ALDER, a interjeté recours contre ladite décision. Elle produit plusieurs certificats du Dr L _____ datés des 2 octobre, 4 décembre 2009, 11 janvier, 24 février et 21 septembre 2010. Il y fait état de lombalgies chroniques, de douleurs musculaires probablement dues à une fibromyalgie, de dysfonctionnements thyroïdiens pour lesquels elle est suivie par le Dr W _____, d'hypertension artérielle, de troubles dépressifs, ainsi que de la découverte récemment d'un polype lors d'une coloscopie. Dans son dernier certificat, le médecin indique que l'état de santé de sa patiente semble se dégrader assez rapidement. Dans sa réponse du 4 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, constatant que la situation ne s'était pas modifiée de façon notable. Il relève notamment, se fondant sur l'avis du SMR du 19 novembre 2010, que l'hyperthyroïdie et le polype ne sont pas des atteintes entraînant des incapacités de travail durables. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b). Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, singulièrement si cette dernière a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.

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 ou son impotence 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; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 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). b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, 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 (ATF 109 V 108, consid. 2b). c) L'exigence sur le 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 I 724/99 du 5 octobre 2001, 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, l'assurée a produit à l'appui de sa nouvelle demande cinq certificats du Dr L_____, selon lesquels elle souffre de diverses atteintes à la santé. Force est de constater que ces atteintes existaient déjà lors des précédentes demandes, à l'exception de l'hyperthyroïdie et du polype, lesquels n'entraînent en principe pas d'incapacité de travail selon les médecins du SMR. Le Dr L_____ ne l'allègue du reste pas. Il se borne à indiquer que l'état de santé de sa patiente "semble" s'aggraver. Il y a enfin lieu de relever que l'assurée a déposé sa dernière demande de prestations le 5 octobre 2010, alors que la dernière décision, confirmée par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales alors compétent du 8 décembre 2009, ne date que du 16 septembre 2009, soit à peine une année auparavant. Ainsi, ces certificats ne suffisent pas à rendre vraisemblable une détérioration de l'état de santé de l'assurée, et c'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé sera confirmée. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER 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.