

GE_GERICHTE A/760/2018 vom 18. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_760_2018

FR: GE_GERICHTE A/760/2018 du 18 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/760/2018 del 18 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1965, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1983, ayant travaillé au service de B_____ SA comme ouvrière en horlogerie de 1987 au 30 novembre 2001, date à laquelle elle a été licenciée, a déposé le 10 janvier 2008 une demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement, de mesures médicales de réadaptation spéciale et à l'octroi d'une rente. Elle allègue souffrir de fibromyalgie et de diabète depuis 1998. 2. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 1^{er} juillet 2008 dans le cadre du service médical régional (SMR), par les docteurs C_____, rhumatologue, et D_____, psychiatre. Les médecins n'ont retenu aucun diagnostic déterminant, ceux de dysthymie, de fibromyalgie, de rachialgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie, de troubles statiques et d'obésité de classe I, étant sans répercussion sur la capacité de travail. Ils n'ont relevé aucune limitation fonctionnelle durable et ont considéré que la dépression chronique de l'humeur présentée par l'assurée revêtait une sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Ils ont noté qu'elle avait de nombreuses amitiés solides et anciennes qu'elle rencontrait régulièrement. S'agissant des troubles cognitifs, dont le diagnostic avait été évoqué par le Dr E_____ dans le cadre du syndrome douloureux, ils ont indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale avait été effectuée, excluant une atteinte organique. Les migraines sont quant à elles susceptibles d'amélioration sous traitement. Ils ont ainsi fixé la capacité de travail de l'assurée à 100%, tant dans son activité d'ouvrière en horlogerie que dans une activité adaptée, et ce depuis toujours. 3. Par décision du 24 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande. Par arrêt du 19 mai 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre de céans) a confirmé ladite décision, constatant que l'assurée ne remplissait pas les critères jurisprudentiels applicables en matière de fibromyalgie, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques, et admettant, partant, qu'elle était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée (ATAS/601/2009). Par arrêt du 14 janvier 2010, le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par l'assurée (9C_561/2009). 4. Le 3 mars 2010, l'assurée, représentée par Me Jacques-André SCHNEIDER, a déposé une demande visant à la révision de la décision du 24 octobre 2008. Elle a conclu, préalablement, à ce qu'une expertise soit ordonnée afin de déterminer les conséquences de la dégénérescence discale en L4-L5 avec protrusion discale paramédiane gauche en contact avec la racine L5 gauche, de la protrusion discale en C3-C4 paramédiane droite et du pincement du compartiment interne du genou gauche sur sa

capacité, compte tenu des autres atteintes à la santé dont elle souffre, documentées dans le dossier, et principalement, à ce que la décision du 24 octobre 2008 soit annulée, et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 2 mars 2009. Elle a produit un rapport de la Dresse F_____ du 10 février 2010 et des rapports du Dr G_____ des 2 mars 2009, 22 février 2010 (IRM cervicale), 25 avril 2007 et 22 février 2010 (radiographie genou gauche) et du Dr H_____ du 23 janvier 2008.!

5. Le 10 mai 2010, le médecin du SMR s'est déterminé. Il considère que, en l'état, les conclusions du SMR restent les mêmes, soit une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis toujours, aucune limitation fonctionnelle n'étant justifiée.!

6. Le 29 juin 2010, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande du 3 mars 2010 était rejetée.!

7. Les 6 et 9 juillet 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a insisté sur le fait que sa demande portait sur une aggravation de son état de santé survenue postérieurement à la décision du 24 octobre 2008, et fait état d'un nouveau diagnostic, soit une dégénérescence discale en L4-L5.!

8. Par décision du 14 septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet du 29 juin 2010.!

9. Le 6 novembre 2017, la Dresse F_____ a adressé à l'OAI un rapport, selon lequel « l'état de santé de la patiente va en s'aggravant de jour en jour, tant sur le plan physique que psychique, et ne lui permet pas de travailler. Son invalidité est de 100% ».!

L'assurée, elle-même, a à nouveau rempli le questionnaire « demande de prestations AI » le 11 décembre 2017. Elle indique souffrir de fibromyalgie, douleurs et blocages au niveau de la colonne CD, douleurs irradiant au niveau du MIG, maux de tête, trouble du sommeil, angoisse, asthénie, troubles de la mémoire et de la respiration, douleurs au niveau de toutes les articulations, depuis 2005, avec une aggravation vers 2007.

10. Dans une note du 4 janvier 2018, le médecin du SMR a constaté que dans le rapport de la Dresse F_____ du 6 novembre 2017, ne figuraient que des diagnostics déjà connus. Les éléments médicaux versés au dossier étaient tous anciens. Aucun document n'avait rendu l'aggravation plausible.!

11. Le 9 janvier 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.!

12. L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 17 janvier 2018 et a produit plusieurs pièces médicales, dont un rapport du docteur I_____ du 3 août 2016, une radiographie du thorax face et profil du 27 novembre 2017 et un examen de la doctoresse J_____ du 29 octobre 2013.!

13. Par décision du 1^{er} février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il refusait d'entrer en matière.!

14. Le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a adressé à l'OAI un rapport le 13 février 2018, attestant que les problèmes de santé dont souffre l'assurée l'empêchent de travailler et que son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle à plus de 20%. Il a ajouté qu'« elle dit avoir beaucoup de problèmes de santé, lesquels l'empêchent de travailler ».!

15. Le 21 février 2018, l'OAI a indiqué qu'il ne pouvait prendre considération cette nouvelle pièce médicale, la décision de refus d'entrer en matière ayant été rendue le 1^{er} février 2018.!

16. Par courrier du 28 février 2018 adressé à l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle n'était pas d'accord avec la décision du 1^{er} février 2018.!

L'OAI a transmis ce courrier à la chambre de céans, qui a enregistré le numéro de cause A/760/2018.

17. Le 12 mars 2018, l'assurée a été invitée par la chambre de céans à compléter son recours, faute de quoi celui-ci serait écarté, conformément à l'art. 89 b al. 3 LPA.!

Par courrier du 12 mars 2018, elle a ainsi précisé que : « Je plus de revenus, je tout perdu, ma santé, travail que j'aimais énormément. Pas de mots pour écrire tant de souffrances, en plus tout ce que vous

m'avez fait subir à moi et mon mari, un homme avec beaucoup de force et travailleur. Sa santé est touchée à cause de moi, toute la situation. On est en train de perdre notre petit appartement au Portugal, pas les moyens de le payer. Mais je vais me battre, si quelqu'un qui m'aide, soit médias, TV, pas en Suisse. C'est mes derniers mots pour vous. C'est avec tristesse. » 18. Dans sa réponse au recours du 25 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il constate que la décision litigieuse a été rendue le 1^{er} février 2018 et qu'à cette date, aucun nouveau document médical probant n'avait été produit à l'appui de la nouvelle demande de prestations du 11 décembre 2017, étant précisé que le rapport du Dr K_____ du 13 février 2018 ne pouvait être pris en considération. 19. Ce courrier a été transmis à l'assurée et un délai lui a été accordé pour faire part de ses éventuelles observations. Elle ne s'est pas manifestée. 20. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 28 février 2018 contre la décision du 1^{er} février 2018 est recevable. 4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 11 décembre 2017. 5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} 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 aLAI, 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. 6. 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans

plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer 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 en se fondant sur l'art. 87 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). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 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 des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références). 7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux

prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).!endif]>![if> 8. Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).!endif]>![if> 9. En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si l'assurée, au moment de la décision litigieuse, soit le 1^{er} février 2018, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 14 septembre 2010, date de la dernière décision par laquelle l'OAI lui a nié le droit à une rente d'invalidité. !endif]>![if> Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, il appartenait à l'assurée de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, elle devait transmettre à l'OAI des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande, le 11 décembre 2017, et de se prononcer sur sa capacité de travail. Il ressort des faits de la cause que l'OAI, par courrier du 21 décembre 2017, a dûment rendu l'assurée attentive à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 14 septembre 2010 entrée en force. À cet effet, il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Or, l'OAI a annoncé à l'assurée le 9 janvier 2018 déjà qu'il envisageait de rejeter sa nouvelle demande, n'ayant pu mettre en évidence aucune notable modification de la situation professionnelle ou médicale. Ce délai était à l'évidence trop court. L'assurée a toutefois eu l'occasion de transmettre à l'OAI d'autres pièces médicales, lorsqu'elle s'est opposée le 17 janvier 2018 au projet de décision. Force est cependant de constater que ces pièces ne suffisent pas non plus à rendre plausible une aggravation de l'état de santé. Partant, l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. 10. S'agissant du rapport du Dr K_____ du 13 février 2018, produit après la décision litigieuse, il ne saurait être pris en compte puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. 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. Il n'appartient donc pas à la chambre de céans d'instruire le cas sur le fond.!endif]>![if> 11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. !endif]>![if> Il demeure néanmoins loisible à l'assurée de saisir en tout temps l'OAI d'une nouvelle demande de prestations, accompagnée des rapports médicaux attestant de l'évolution de son état de santé psychique et somatique depuis le 1^{er} février 2018. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :