REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1175/2007 **ATAS/1091/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 octobre 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , 1203 GENEVE recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1948, séparée, sans formation professionnelle, a travaillé comme femme de ménage à temps partiel jusqu'en 1999, date à laquelle elle a été licenciée suite à la faillite de son employeur.

2. Souffrant d'une affection cardiaque, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 18 mai 2001.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 24 août 2001, la Dresse B_____ a posé le diagnostic de communication inter-ventriculaire connue depuis 1980. Cette affection entraînait une incapacité de travail de 100% depuis le 28 février 1999. Le Dr C_____, spécialiste FMH en cardiologie, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 16 décembre 2002. Il a posé les diagnostics d'hypertension artérielle, communication inter-ventriculaire avec discret shunt gauche droite, arythmie supra-ventriculaire et ventriculaire, état dépressif et hyper-cholestérolémie. Questionné par l'OCAI, ce médecin a indiqué en date du 15 mars 2004 que du point de vue cardiaque, l'assurée n'a pas d'incapacité de travail; cependant, en raison de son aptitude physique peu importante, elle ne peut effectuer des travaux lourds. Une capacité de travail de 50% lui paraissait possible et le pronostic était bon.

4. Une enquête ménagère a été effectuée par l'OCAI en date du 16 août 2004, qui a conclu à un degré d'invalidité de 28.1 % dans les travaux du ménage.

5. Par décision du 23 novembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité, de 14%, était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. L'opposition formée par l'assurée a été rejetée par l'OCAI, par décision du 26 mai 2005, entrée en force.

7. Le 10 novembre 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, visant à l'octroi d'une rente.

8. A la demande de l'OCAI, l'assurée a communiqué divers documents médicaux, dont un rapport de l'Hôpital cantonal, département de chirurgie, relatif à un séjour du 23 août 2006 au 13 septembre 2006 pour une fracture trimalléolaire de la cheville droite ayant nécessité une ostéosynthèse. Selon un rapport du Dr D_____ du 14 septembre 2006, l'ostéodensitométrie a mis en évidence une ostéopénie au niveau du col fémoral.

9. Le 10 janvier 2007, l'OCAI a adressé au mandataire de l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière, au motif que l'intéressée n'avait fait valoir aucun fait nouveau à l'appui de sa demande.

10. La Dresse B_____ a établi un certificat reçu par l'OCAI le 19 janvier 2007 aux termes duquel sa patiente a été victime d'un accident en date du 23 août 2006 ayant nécessité une opération. Une nouvelle intervention est prévue, l'assurée marche avec difficulté et ne pourra probablement plus marcher sans ses cannes. Dans un second rapport daté du 9 février 2007, la Dresse B_____ indique que postérieurement au dépôt de sa demande, la patiente a eu plusieurs syncopes suivies de lésions corporelles, telles qu'une fracture de la jambe gauche, une double distorsion du genou droit et, plus récemment, une fracture de la cheville droite; il s'agit d'une triple fracture, ayant nécessité la pose d'un matériel d'ostéosynthèse. Par ailleurs, des investigations quant à l'origine des malaises sont en cours. La Dresse B_____ précise que tous les malaises ne sont pas suivis de lésions corporelles graves, mais ils l'empêchent, par leur imprévisibilité, d'effectuer n'importe quel travail. Elle a produit un rapport du Dr E_____, cardiologue, du 26 janvier 2007, concluant à une communication inter-ventriculaire membraneuse avec shunt gauche-droit de caractère restrictif; la pression dans l'artère pulmonaire est normale, les cavités cardiaques sont de dimensions normales et il n'y pas d'athéromatose vasculaire. Selon le Dr E_____, il est peu vraisemblable que l'affection connue participe aux malaises syncopaux, pour lesquels il n'a actuellement pas d'explications. Dans le contexte de cette patiente qui a déjà présenté plusieurs chutes qui ont entraîné des lésions corporelles, l'implantation d'un ECG de longue durée (Reveal) mériterait d'être envisagée.

11. Après avoir soumis le dossier au SMR, qui a considéré que les contrôle cardiaques sont rassurants, que la fracture a été traitée *lege artis* et qu'elle ne devrait pas avoir de conséquences invalidante à long terme, l'OCAI, par décision du 7 mars 2007, a notifié à l'assurée une décision de non-entrée en matière sur la demande de prestations, au motif qu'aucun fait nouveau n'a été évoqué.

12. Par acte du 22 mars 2007, PATRONATO ACLI, agissant pour le compte de l'assurée, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Le 6 avril 2007, Me Suzette CHEVALIER s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée et a sollicité un délai pour compléter et motiver le recours. Par courrier du 27 avril 2007, la mandataire a informé le Tribunal qu'elle n'était plus constituée pour la défense des intérêts de l'assurée.

13. Par écriture du 30 avril 2007, la recourante expose que depuis la précédente décision, elle a eu des syncopes avec plusieurs chutes, qui ont entraîné en 2005 une double distorsion de la cheville et une fissure sous le pied et, en août 2006, une fracture de la cheville droite. De même, elle a subi plusieurs autres chutes pour la même raison. Elle soutient qu'elle n'ose plus aller nulle part seule de peur de

tomber, qu'elle doit se déplacer très lentement en raison des douleurs de la hanche et pour ne pas se stresser, qu'elle marche aujourd'hui encore avec une canne alors que la fracture de la cheville remonte à août 2006. Elle relève que ses syncopes sont peut-être liées à l'hypertension, car elles sont fréquemment en association avec des maux de tête. Elle considère que sa condition physique s'est péjorée depuis 2005, raison pour laquelle elle a déposé une nouvelle demande. Selon elle, les deux chutes survenues après la décision négative de 2005 attestent que les syncopes dont elle est victime sont réellement invalidantes puisque le risque de causer une autre chute provoquant de graves lésions est à prendre au sérieux. Selon la recourante, la dangerosité de cette situation n'avait pas été retenue dans la décision de 2005. Elle allègue également n'avoir plus de revenu car son époux ne peut l'aider financièrement. Elle devrait travailler à plein temps pour gagner sa vie, ce que sa condition physique ne lui permet pas. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. Dans sa réponse du 29 mai 2007, l'OCAI, se fondant sur l'avis SMR du 1er mars 2007, constate que les certificats médicaux produits n'apportent pas d'éléments nouveaux, les contrôles cardiaques étant rassurants et la fracture traitée *lege artis* ne devant pas avoir de conséquence invalidante à long terme. Concernant la fracture trimalléolaire de la cheville droite, l'OCAI relève que la copie de la lettre de sortie rapporte une évolution favorable post-opératoire et que cet évènement ne justifie qu'une incapacité temporaire. Concernant les malaises allégués par la recourante, ils étaient déjà connus lors de la décision initiale. Enfin, l'OCAI déclare qu'il ne peut suivre la recourante lorsqu'elle affirme qu'en bonne santé elle devrait travailler à 100% en raison du départ de son mari pour l'étranger; en effet, ce départ remonte à juin 1999 et est antérieur à la décision initiale du 23 novembre 2004.

15. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 4 juin 2007. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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'art. 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de la recourante.

4. Selon l'art. 87 al. 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après cet alinéa (dans sa teneur en vigueur à la date de la décision litigieuse), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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, 117 V 200 consid. 4b et les références).

   L'administration doit ainsi 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. Cependant, 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 (Damien 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). 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).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

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 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

5. En l'espèce, force est de constater que la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé. En effet, si du point de vue cardiaque, la situation semble n'avoir guère changé depuis la première décision de refus du 23 novembre 2004, la recourante a depuis lors fait plusieurs syncopes suivies de chutes. Elle a ainsi fait une chute en Italie en 2005 qui a entraîné une double distorsion de la cheville et une fissure sous le pied, et, en août 2006, à la suite d'un nouveau malaise, elle s'est fracturée la cheville droite.

   Il s'agit-là indiscutablement d'éléments nouveaux qui n'ont pas été pris en compte lors de la décision de refus, de sorte que l'administration ne pouvait pas liquider l'affaire par une décision de non-entrée en matière. Il lui appartient d'instruire plus avant afin de déterminer quelles sont les incidences des nouvelles atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante et de rendre une nouvelle décision.

   Le recours, bien fondé, sera admis.

6. L'émolument, fixé en l'occurrence à 300 fr., est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er juillet 2006).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de non-entrée en matière du 7 mars 2007.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le