

## **GE\_GERICHTE ATAS/1037/2016 vom 13. Dezember 2016**

GE Cour de justice, 2016-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1037\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1037_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1037/2016 du 13 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1037/2016 del 13 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 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) en vigueur dès le 1er 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.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

#### **E. 3**

Le recours a été formé, compte tenu des fêtes se déroulant du 18 décembre 2015 au 2 janvier 2016 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA). Le recours est par conséquent recevable.

#### **E. 4**

Le litige se limite au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré déposée le 23 mars 2015.

#### **E. 5**

Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 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. 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, 117 V 198 consid. 4b et les références).

A/18/2016 - 9/13 - C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011).

#### **E. 6**

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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 114 consid. 2b).

#### **E. 7**

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, 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 LPGa) – 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).

#### **E. 8**

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 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 (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 les références).

#### **E. 9**

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 présentent au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances

A/18/2016 - 10/13 - prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

#### **E. 10**

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 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

#### **E. 11**

Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si l'assuré, au moment de la décision litigieuse - soit le 19 novembre 2015 - a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 29 février 2012 - date de la dernière décision niant son droit à des prestations AI, laquelle avait été confirmée par la chambre de céans (ATAS/1274/2012), puis par le Tribunal fédéral (9C\_980/2012).

#### **E. 12**

Pour rendre cette décision, l'OAI s'était fondé sur l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 mai 2011. Ce médecin avait considéré, tout comme la Dresse F\_\_\_\_\_ en avril 2006, que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique. Aussi l'OAI avait-il repris le degré d'invalidité, tel que calculé par la chambre de céans dans son arrêt du 4 mars 2008, soit 39%, et constaté qu'il impliquait le rejet de la demande. Il importe de relever à cet égard que le 5 octobre 2010, la chambre de céans avait renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique - ce que l'OAI avait exécuté en mandatant le Dr K\_\_\_\_\_ -.

#### **E. 13**

À l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a produit le rapport du 8 avril 2015 et le courrier du 22 septembre 2015 du Dr L\_\_\_\_\_, le rapport du 14 octobre 2015 du Dr J\_\_\_\_\_, ainsi que celui du Dr N\_\_\_\_\_, puis a fait état des conclusions de l'entreprise PRO du 11 mars 2015 et de la décision de l'OCE du 5 juin 2015.

#### **E. 14**

Il y a à ce stade lieu de rappeler que l'examen auquel doit se livrer la chambre de céans est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit en effet 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 (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond.

A/18/2016 - 11/13 -

#### **E. 15**

Le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était péjoré au début 2015. Il n'apporte cependant aucun élément médical nouveau par rapport à la situation telle qu'elle avait été constatée avant 2012. Le Dr J\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'aspect psychiatrique, se contentant d'affirmer que les troubles de l'attention et de la concentration démontrent indiscutablement une aggravation importante de l'état psychiatrique, et de renvoyer l'assuré à l'avis du psychiatre. S'agissant en revanche des tremblements dont le médecin psychiatre traitant pense qu'ils sont très probablement liés à une anxiété importante, il résulte du rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2015 qu'ils sont apparus en 2013. Ils ont alors fait l'objet d'investigations et d'un traitement qui a dû être interrompu,

on ignore pour quelle raison. Le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté, lors de sa consultation du 13 octobre 2015, que ces tremblements étaient, de fait, plus importants, qu'en 2013. Le médecin du SMR relève, dans sa note du 13 novembre 2015, que le Dr J\_\_\_\_\_ ne donne pas d'informations à ce sujet, soit pas de status neurologique, pas de résultats d'examens complémentaires ni de compte rendus de consultation spécialisée. Il n'en reste pas moins que ces tremblements n'existaient pas encore au moment où la décision du 29 février 2012 a été rendue et qu'ils se sont accentués depuis 2013. Ils ont été constatés dans le cadre du stage dans les ateliers PRO et considérés comme très invalidants. Il y a lieu de rappeler à ce stade que les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Dans ces circonstances, on ne peut qu'admettre l'existence d'une aggravation médicalement attestée susceptible d'influencer le droit aux prestations. Autre est la question de savoir si cette aggravation a effectivement entraîné une modification de ses droits.

A/18/2016 - 12/13 - Il apparaît que l'OAI aurait donc dû entrer en matière et se livrer à des investigations complémentaires lui permettant d'examiner la nouvelle demande au fond. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI afin que ce dernier, après être entré en matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations de l'assuré.

A/18/2016 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.