

GE_GERICHTE ATAS/12/2017 vom 12. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_12_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/12/2017 du 12 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/12/2017 del 12 gennaio 2017

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

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations du recourant.

E. 4

a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er 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). b. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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

A/3287/2016 - 5/8 - al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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 108 consid. 2b p. 114). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - 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 al. 3 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 p. 269 s.). 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 plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure

A/3287/2016 - 6/8 - administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

E. 5

En l'espèce, la première demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant a été rejetée par décision du 25 septembre 2015, dès lors qu'aucune invalidité n'était attestée. Le recourant avait déjà fait valoir dans cette demande qu'il souffrait d'une arthrose au niveau des cervicales, pour laquelle il était en incapacité de travail. Dans la mesure où la durée de cette incapacité de travail n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à la rente, l'OAI a rejeté la demande, tout en précisant qu'il était loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande et d'apporter des rapports médicaux circonstanciés faisant état d'une aggravation de son état de santé. Moins de sept mois après le refus des prestations, le recourant forme une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, se prévalant d'une hernie discale au niveau C5-C6, sans indiquer les périodes d'incapacité de travail et en faisant uniquement état d'une période de chômage du 10 novembre 2014 au 9 novembre 2016. Invité par l'intimé à lui faire parvenir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, le recourant se contente de lui transmettre l'IRM du 14 octobre 2015 qui conclut à une discrète image de hernie discale postérieure en C5-C6. Cela étant, il convient de

constater que le recourant n'a pas fourni à l'intimé les pièces permettant de constater une aggravation de son état de santé, en particulier une invalidité de longue durée liée à celui-ci, en l'absence de tout certificat médical l'attestant. Ce n'est que dans la procédure de recours que le recourant a transmis le rapport du Dr F_____ du 12 octobre 2016, faisant état d'une problématique relativement complexe au niveau du rachis cervical avec une hernie discale C5-C6 et d'un état fluctuant avec des courtes périodes d'amélioration entrecoupées de longues périodes de péjoration, durant lesquelles le recourant ne peut que difficilement mener une vie normale. Ce médecin atteste également que le recourant est très limité au niveau des mouvements de la tête qui peuvent déclencher des points douloureux, et que l'irradiation des douleurs dans les membres supérieurs rend tous les mouvements du bras difficiles. Dans ces conditions, la reprise d'une activité est clairement illusoire, selon ce médecin. Le recourant a par ailleurs déclaré lors de son audition en date du 8 décembre 2016 avoir été en incapacité de travail totale de septembre 2015 à janvier 2016, puis depuis août 2016. Ainsi, il n'était en principe pas en incapacité de travail durable au moment du dépôt de la seconde demande de prestations d'invalidité en avril 2016 ni ne présentait une invalidité de 40% au moins en moyenne depuis une année sans interruption notable à la date de la décision querellée. Partant, la chambre de céans ne peut que constater que le recourant n'a pas rendu plausible, dans le cadre de la procédure extrajudiciaire, une aggravation de son état de santé ouvrant le droit aux prestations. Par ailleurs, l'intimé a refusé, lors de A/3287/2016 - 7/8 - l'audience de comparution personnelle des parties, d'annuler sa décision et de procéder à une instruction de la cause, en dépit du rapport du Dr F_____ produit dans le cadre de la procédure de recours, faisant état d'une impossibilité de reprendre le travail. Il appartiendra dès lors au recourant de redéposer une nouvelle demande, si son incapacité de travail devait perdurer pendant plus d'une année, tout en produisant les rapports médicaux de ses médecins l'attestant.

E. 6

Par conséquent, le recours sera rejeté.

E. 7

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, fixé au minimum légal de 200 fr.

A/3287/2016 - 8/8 - 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.