

## **GE\_GERICHTE ATAS/149/2019 vom 21. Februar 2019**

GE Cour de justice, 2019-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_149\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_149_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/149/2019 du 21 février 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/149/2019 del 21 febbraio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

Le 3 janvier 2018, l'assuré a téléphoné à l'OAI pour demander la révision de son allocation pour impotence. Il lui a été répondu qu'il devait fournir à l'appui de sa demande des nouveaux éléments susceptibles de conduire l'OAI à modifier sa position.

#### **E. 7**

L'assuré a dès lors rempli un questionnaire destiné à la révision de l'allocation pour impotent, lequel est parvenu à l'OAI le 16 avril 2018. Il y a affirmé que son état de santé s'était aggravé depuis juin 1995 (sic) et, invité à décrire l'aggravation en question, a indiqué qu'elle consistait en une « impotence degré moyen ».

#### **E. 8**

Le 25 mai 2018, l'assuré a en outre fait parvenir à l'OAI : - le certificat rédigé par le Dr I\_\_\_\_\_, le 7 septembre 2016, déjà produit dans la procédure précédente ; - un certificat rédigé le 6 septembre 2017 par la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies allergiques, attestant que son patient souffrait de troubles de santé chroniques depuis de nombreuses années, nécessitant l'aide régulière et importante d'autrui au quotidien pour pouvoir accomplir les activités de la vie quotidienne, telles que se vêtir/se dévêtir, manger, ou faire sa toilette.

A/3032/2018 - 6/10 -

#### **E. 9**

Le 30 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations. L'OAI a expliqué que, pour justifier une entrée en matière, la situation professionnelle ou médicale devait s'être notablement modifiée. Tel n'était pas le cas en l'occurrence, vu l'absence de nouveau diagnostic, notamment.

#### **E. 10**

Le 28 juin 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un nouveau certificat rédigé le 25 juin 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_, faisant état d'une hypersomnie et d'une très grande fatigabilité engendrant selon le médecin une incapacité à effectuer des gestes simples de la vie quotidienne. Des investigations neurologiques étaient en cours. Selon le médecin, l'état de son patient s'était aggravé durant les derniers mois au point qu'il n'avait plus été en mesure de s'occuper de son appartement, ce qui avait entraîné un syndrome de Diogène et des manifestations de type obsessionnelles et compulsives très invalidantes.

#### **E. 11**

Par décision du 9 juillet 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

## **E. 12**

Par écriture du 5 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que son état de santé s'était aggravé avec l'apparition d'une hypersomnie et d'une fatigue chronique. À l'appui de son recours, il a produit : - un bref certificat rédigé le 8 octobre 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_, confirmant l'existence d'une très grande fatigabilité physique et d'une impotence fonctionnelle physique depuis l'enfance, ainsi qu'une aggravation depuis le début de l'année 2017 ; selon le médecin, cet état de fatigue somatique et chronique ne serait pas explicable par les troubles psychiques ; - un bref certificat rédigé le 18 janvier 2019 par le docteur K\_\_\_\_\_, neurologue à Paris, faisant état d'une « hypersomnie majeure organique » et d'une « fatigue somatique neurologique chronique », lesquelles se seraient aggravées depuis janvier 2017. Ce médecin soutient que son patient aurait besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les cinq actes de la vie au quotidien et que sa demande d'allocation pour impotence de degré grave serait totalement justifiée sur le plan neurologique (sic).

## **E. 13**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 octobre 2018, a conclu au rejet du recours. Selon l'intimé, les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ du 25 juin 2018 et de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2017 ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé. Quant aux rapports produits par la suite, ils ne peuvent être pris en compte, la question se limitant au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

## **E. 14**

Par écriture du 25 janvier 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

### **EN DROIT**

A/3032/2018 - 7/10 -

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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. 5. Une 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). 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

A/3032/2018 - 8/10 - 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). 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). 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 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33). 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).

A/3032/2018 - 9/10 - 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 ; 109 V 262 consid. 4a). L'examen par le juge 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). 9. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 9 juillet 2018 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le juin 2016. Tel n'est pas le cas. Le certificat établi par le Dr I\_\_\_\_\_ en septembre 2016 ne fait état d'aucune aggravation. Celui de la Dresse J\_\_\_\_\_ fait état de troubles chroniques présents depuis de nombreuses années, sans indice d'aggravation. Certes, le certificat rédigé par le Dr I\_\_\_\_\_ le 25 juin 2018 mentionne une aggravation, mais les troubles évoqués (hypersomnie, fatigabilité et syndrome de Diogène) ne sont pas nouveaux et étaient déjà présents lors de l'examen de la demande initiale. Quant aux pièces médicales produites après la décision litigieuse, soit après le 9 juillet 2018, elles ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, étant rappelé que, 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. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé, considérant qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible, a refusé d'entrer en matière. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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.