

GE_GERICHTE ATAS/366/2024 vom 23. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_366_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/366/2024 du 23 mai 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/366/2024 del 23 maggio 2024

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), 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

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.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 4

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 sont entrées en vigueur (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), ainsi que celles du règlement et de l'ordonnance correspondants. Les dispositions concernant les conditions d'entrée en matière sur les nouvelles demandes de prestations (cf. consid. 6.1) n'ont toutefois pas été modifiées dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

E. 5

Est litigieux le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 avril 2023, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

E. 6.1

Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a

A/1172/2024 - 6/10 - précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne

assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

E. 6.2

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'entrer en matière (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 3a et les références).

E. 6.3

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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et la référence ; 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 4.2 ; 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). En revanche, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas de rendre plausible une aggravation au sens de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1 et les références). 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 6.4

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 et les références). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.2 et les références). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que

A/1172/2024 - 7/10 - 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; 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 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 et les références). En matière d'assurance-invalidité notamment, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 6.5

En cas de nouvelle demande de prestations, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ temporel pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3).

E. 7

En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de son état de santé qui, selon lui, aboutit à une invalidité de 80%. De son côté, l'OAI considère que l'assuré n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé, ce qui justifie la décision de non-entrée en matière querellée.

E. 7.1

Dans le cadre de la précédente procédure, c'est par décision entrée en force du 22 avril 2021 que l'intimé a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, reconnaissant une incapacité de travail durable de 50%, dès le 1er décembre 2019, dans toute activité confondue. La décision du 22 avril 2021 constitue donc le point de départ temporel pour examiner si le recourant a rendu plausible une modification déterminante des faits, influant sur le droit aux prestations en cas de nouvelle demande de prestations.

A/1172/2024 - 8/10 -

E. 7.2

Suite à la demande de révision reçue par l'OAI le 19 avril 2023, la seule pièce médicale transmise par l'assuré est le certificat du Dr B_____ du 13 juin 2023. Dans ce dernier, le médecin parle d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et expose que le travail physique exercé actuellement à 50% devient « de plus en plus pénible » pour l'assuré, qui souffre de crampes musculaires dues à la station debout et de troubles ostéo-articulaires ainsi que de douleurs invalidantes. Il termine en estimant qu'une « activité de 30% lui est encore possible » et qu'il soutient sa demande dans ce sens. Or, le psychiatre traitant ne fait mention d'aucune pathologie relevant de sa spécialité, soit les troubles psychiatriques, qui aurait fait l'objet d'une aggravation et mentionne des troubles somatiques et des douleurs, déjà connus de l'OAI et qui ont été pris en compte pour aboutir à la précédente décision du

22 avril 2021. Partant, la teneur, qualifiée de superficielle par l'OAI, du certificat médical du 19 avril 2023, n'est pas suffisante pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

E. 7.3

S'agissant des nouvelles pièces produites dans le cadre de la procédure de recours, il sied de rappeler que l'OAI avait clairement attiré l'attention de l'assuré sur la nécessité de transmettre les pièces médicales qui documentaient et rendaient plausibles l'aggravation de son état de santé. Or, en dépit des rappels de l'OAI, aussi bien à l'assuré qu'au Dr B _____, la seule pièce médicale qui a été transmise avant que l'intimé prenne sa décision est le rapport médical du Dr B _____ du 13 juin 2023 examiné supra. L'OAI a invité, en août 2023, le psychiatre traitant à compléter le formulaire ad hoc, disponible sur son site, ce que le médecin n'a pas fait. Alors même qu'il a mentionné qu'il devait revoir le patient en consultation, en octobre 2023, il n'a fait suivre aucun certificat médical suite à cette consultation. Ce n'est qu'après que la décision du 22 mars 2024 a été rendue qu'il a transmis à l'OAI un rapport complémentaire, daté du 30 avril 2024. Dès lors que l'intimé a demandé au médecin traitant un rapport plus détaillé après avoir reçu son certificat en date du 13 juin 2023, que ce dernier n'y a pas donné suite, qu'il a disposé d'un laps de temps suffisant entre la consultation d'octobre 2023 et la décision de mars 2024, pour compléter son appréciation médicale, il s'ensuit que l'examen de la chambre de céans est limité à l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration, au moment où celle-ci a statué, soit le 22 mars 2024. Partant, les rapports médicaux versés au dossier au cours de la procédure de recours ne peuvent pas être pris en considération (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 et les références), étant encore précisé que les rapports des Drs D _____, E _____ et F _____ ne mentionnent aucune pathologie pouvant justifier une aggravation de la capacité de travail de l'assuré et que le rapport du Dr B _____ d'avril 2024, qui mentionne des pathologies qui avaient déjà fait l'objet d'un examen dans le cas de la précédente

A/1172/2024 - 9/10 - procédure, n'est pas suffisamment précis pour que l'on puisse objectivement admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 22 avril 2021.

E. 7.4

Compte tenu de ce qui précède, on ne peut que constater qu'au cours de la procédure initiée à la suite de sa nouvelle demande de prestations reçue le 19 avril 2023, le recourant n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation significative de sa situation, qui serait survenue depuis la décision de l'intimé du 22 avril 2021 et qui serait susceptible d'influer sur son droit aux prestations. Ce d'autant moins que, d'une part, le temps écoulé entre la précédente décision et la nouvelle demande de l'assuré est relativement court (deux ans) et que d'autre part, en dépit de ses allégations selon lesquelles sa capacité de travail serait de 20%, l'assuré exerce toujours son activité habituelle, à un taux de 50%.

E. 7.5

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations reçue le 19 avril 2023.

E. 8

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

E. 9

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1172/2024 - 10/10 - 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.