

## **GE\_GERICHTE ATAS/559/2018 vom 25. Juni 2018**

GE Cour de justice, 2018-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_559\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_559_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/559/2018 du 25 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/559/2018 del 25 giugno 2018

### **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 forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 cum art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.

#### **E. 3**

Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations du recourant.

#### **E. 4**

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

A/3073/2017 - 8/14 - 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). 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. 5**

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. 6**

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

A/3073/2017 - 9/14 - 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).

## **E. 7**

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 où 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. 8**

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). 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

## **E. 9**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p.

A/3073/2017 - 10/14 - 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

## **E. 10**

a. En l'espèce, au vu des principes rappelés précédemment, l'état de santé de l'assuré au moment du dépôt de sa nouvelle demande, reçue par l'OAI le 23 mai 2017, doit s'apprécier en fonction de ce qu'il était lorsqu'a été rendue la dernière décision en force ayant statué de manière complète sur les droits de l'intéressé en matière d'assurance-invalidité, soit en l'espèce sur la base de l'état du dossier à la date de la dernière décision de refus entrée en force, du 28 novembre 2016. Force est de constater que le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ que l'assuré a produit avec son courrier de demande de réouverture du dossier ne relevait aucun élément sérieux permettant de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, depuis la dernière décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 28 novembre 2016. Le médecin traitant constate que l'intéressé s'était à nouveau présenté chez le médecin, pour des lombalgies basses chroniques, déjà connues lors de la première demande d'incapacité, qui ne lui avait pas permis de reprendre un emploi à temps complet depuis mars 2016 en tout cas. Le certificat du Dr C\_\_\_\_\_ relevait d'ailleurs que le patient lui avait signalé être actuellement suivi pour des problèmes d'acouphènes. L'examen clinique montrait que l'intéressé était en surpoids, élément qui existait déjà préalablement ; le médecin relève que la mobilité de la colonne lombaire n'était pas nettement limitée, mais douloureuse au niveau dorsolombaire. Les trapèzes n'étaient pas contracturés et l'intéressé marchait sans boiterie. Pour l'essentiel, le patient continuait à souffrir de rachialgies avec des lombalgies chroniques, ainsi que de douleurs des moyens fessiers et dorsalgies plus récentes. Ce rapport rappelait encore qu'il y avait environ une année (soit avant la décision de refus précédente), un bilan radiologique comportant un scanner lombaire avait montré

une arthrose interfacettaire postérieure L5-S1 et des débords circonférentiels discaux de L2 à S1 sans image de conflit discoradiculaire ni rétrécissement canalaire ou foraminaire, ces éléments étant déjà connus. Le médecin traitant conclut encore qu'au vu de la persistance des plaintes au niveau du rachis et après avoir discuté avec le patient de la possibilité d'augmenter le temps de travail, de nouveau certificat d'IT lui avait été donné avec une CT de 40 %. Il poursuivait pour le moment des séances de physiothérapie et les traitements médicamenteux cités. Ces éléments sont clairement superposables, à d'infimes nuances près, au rapport précédent de ce médecin traitant, notamment celui du 7 mars 2016. Ce rapport médical, déjà à la forme, ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé, mais plutôt d'une situation chronique existante depuis longtemps. Sur le fond, il n'évoque aucune IT par rapport aux propres conclusions précédentes du Dr C\_\_\_\_\_ qui considérait, en 2016, que moyennant le respect des limitations fonctionnelles, la CT était de 100 % dans une activité adaptée. Le Dr C\_\_\_\_\_ ne retient aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Du reste, il explique même avoir pris l'initiative d'évoquer avec le patient la possibilité d'augmenter le temps de travail. Il indique, sans le justifier objectivement, avoir finalement « donné » de

A/3073/2017 - 11/14 - nouveaux certificats médicaux avec une CT de 40 %, correspondant plutôt aux desiderata de l'assuré et la propre évaluation de sa CT, par le patient lui-même, au demeurant rigoureusement identiques à celle qu'il estimait au printemps 2016 (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 7 mars 2016). On ne saurait ainsi remettre en cause l'interprétation qu'en a faite le SMR, qui arrive à juste titre à la conclusion que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, les conclusions précédentes du SMR, du 22 juin 2016, restant valables. b. Certes, l'assuré avait également produit avec sa demande, une attestation médicale de son médecin ORL, le Dr D\_\_\_\_\_, lequel fait état d'un traitement d'urgence en février 2017 aux HUG, pour une otite accompagnée d'une surdité brusque de son audition à droite ; on comprend toutefois de ce document qu'en mai 2017, l'intéressé semble encore souffrir de quelques séquelles de l'incident de février 2017. On ne saurait déceler dans cette attestation la moindre aggravation durable de l'état de santé du patient, le médecin indiquant simplement que l'intéressé a besoin d'un travail dans un milieu calme. Quoi qu'il en soit, cette attestation médicale, laconique, ne se prononce nullement sur une incapacité de travail, et ne réunit de toute manière pas les conditions nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il est vrai que formellement le SMR ne s'était pas prononcé, dans son rapport final subséquent du 31 mai 2017, spécifiquement sur cette attestation du Dr D\_\_\_\_\_. Cela n'avait d'ailleurs échappé ni à la représentante de l'intimé, qui s'en est expliquée lors de la comparution personnelle, ni à la chambre de céans qui a souhaité, par acquit de conscience, vérifier ce qu'il en était auprès du SMR. En effet, il apparaissait a priori que l'affection concernée n'avait pas d'incidence durable sur l'état de santé du recourant, et ne pouvait être considérée comme un indice d'une aggravation de l'état de santé pouvant de manière plausible avoir une incidence sur les droits de l'assuré, mais il convenait néanmoins de le vérifier. De fait, le SMR a confirmé dans son avis du 22 novembre 2017 avoir tenu compte de toutes les pièces médicales apportées par l'assuré, à savoir le courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 mai 2017, et l'attestation médicale du Dr D\_\_\_\_\_ - dont on observera d'ailleurs qu'elle corroborait les indications que l'assuré avait données au Dr C\_\_\_\_\_, qui en a fait état dans son propre rapport -. Le SMR a dès lors confirmé que l'attestation médicale du Dr D\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'atteintes durablement incapacitantes, la perte d'audition et les acouphènes faisant vraisemblablement suite à l'otite. c. On remarquera encore qu'avant de rendre la décision de refus d'entrée en matière, objet du

recours, l'OAI avait dûment informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière, pour les raisons exposées dans son projet de décision du 1er juin 2017. L'office lui avait alors expressément donné la possibilité de faire valoir ses objections éventuelles dans le délai de 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous. Or, l'intéressé n'a pas fait usage du droit qui lui

A/3073/2017 - 12/14 - était réservé, de sorte que la décision de refus d'entrer en matière du 12 juillet 2017 a été rendue sur la base des éléments et motifs énoncés dans le projet de décision. d. Enfin, la chambre de céans a donné à plusieurs reprises au recourant l'occasion de s'exprimer verbalement devant ses juges: elle a annulé la première audience de comparution personnelle, à la demande de l'intéressé, au motif qu'il se trouvait à l'étranger et qu'il ne pourrait pas comparaître à l'audience, en raison de l'état de santé de sa mère, âgée, ayant dû subir, selon ses explications (courrier du 9 octobre 2017), une opération à cœur ouvert au Liban. Ce courrier indiquait que l'intéressé serait disponible dès le 20 novembre 2017. En fonction de cela, la chambre a fixé une nouvelle audience, à cette date. Mais l'intéressé n'a pas jugé bon de s'y présenter, invoquant toujours le même motif, relatif à l'opération à cœur ouvert de sa mère, dans un fax adressé à la juridiction le jour-même ou le lendemain de l'audience, quand bien même, ayant pris contact téléphoniquement avec la juridiction, le vendredi précédent pour le lundi (jour de l'audience), et ayant été informé verbalement par la greffière que cette audience serait maintenue, sauf justes motifs à communiquer sans délai à la juridiction. L'audience a eu lieu, et elle a tout de même permis à la chambre de céans d'obtenir de l'intimé les renseignements qu'elle estimait utiles. Ces éléments ont par la suite été communiqués au recourant, un délai lui étant imparti pour formuler ses observations éventuelles, par écrit cette fois-ci. Il ne s'est pas prononcé sur les explications de l'intimé en audience, ni à propos des renseignements recueillis depuis lors par la chambre de céans. Il est toutefois uniquement revenu sur les motifs de son absence à la deuxième audience de comparution personnelle : il a alors produit un certificat médical daté du 31 octobre 2017, attestant que sa mère avait été admise à l'hôpital le 26 octobre pour être opérée à cœur ouvert le 28 octobre 2017. Or, cette opération était déjà évoquée dans le courrier du 9 octobre 2017 du recourant, comme justification à son absence à l'audience du 16 ; elle est finalement intervenue presque un mois avant la seconde audience, fixée en fonction des disponibilités indiquées par le recourant lui-même. Au vu de ce qui précède, et conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, la chambre de céans, estime inutile de convoquer une troisième fois une audience de comparution personnelle, d'autant que l'intéressé n'a de toute manière pas pris position alors qu'il le pouvait, par écrit, sur les éléments apportés dans le cadre de l'instruction de la cause. En tout état, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier l'issue du litige (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c), d'autant que la chambre de céans, comme elle l'a rappelé précédemment, ne peut se prononcer, dans le cadre d'un recours contre un refus d'entrer en matière, que sur la question de savoir si le recourant avait rendu plausible ou non l'aggravation alléguée de son état de santé, et ceci en fonction de l'état du dossier au moment où la décision de l'OAI a été rendue.

A/3073/2017 - 13/14 - Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 23 mai 2017. Le recours sera donc rejeté.

## **E. 11**

Depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite : l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de

contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la chambre des assurances sociales est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-. Il y a dès lors lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3073/2017 - 14/14 - 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.