

GE_GERICHTE ATAS/588/2019 vom 27. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_588_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/588/2019 du 27 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/588/2019 del 27 giugno 2019

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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 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.

A/1698/2018 - 9/14 -

E. 4

A teneur de l'art. 1 al.1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al.2). 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).

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

A/1698/2018 - 10/14 - 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 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

A/1698/2018 - 11/14 - 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 et Michel VALTERIO Droits de l'assurance-vieillesse et survivant (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) Schulthess 2011, p. 840 ch. 3095). 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

En l'espèce, il est constant que la seule question litigieuse porte sur le fait de savoir si le recourant a, dans le cadre de sa nouvelle demande, déposée le 10 janvier 2018, démontré de manière plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision entrée en force par laquelle l'OAI avait statué sur ses droits, en l'occurrence en rejetant sa première demande de prestations, soit en l'espèce le 16 mars 2016. a. On observera tout d'abord que l'assuré a indiqué dans sa nouvelle demande qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis décembre 2012 (jour de son accident) pour une période indéterminée. Quant à la description du genre d'atteinte à la santé motivant sa démarche, il a mentionné: douleurs chroniques aux jambes, maux de tête, lombalgies. Force est de constater que tous ces éléments étaient déjà connus et pris en compte au moment du rejet de la demande de prestations du 16 mars 2016. Il reprend l'allégation d'une incapacité totale de travail depuis le jour de son accident, le 27 décembre 2012, prétendant que celle-ci a été ininterrompue jusqu'à ce jour, ce qui déjà n'est pas l'indice d'une aggravation vraisemblable de son état de santé, mais plutôt d'une volonté de remettre en cause la décision entrée en force en mars 2016, qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 27 novembre 2014, déjà. Tel n'est évidemment pas le but d'une nouvelle demande de prestations, dans le cadre de laquelle l'intéressé doit rendre plausible que son état de santé s'était aggravé depuis l'entrée en force de la précédente décision. On comprend dès lors qu'à réception de cette demande, l'OAI n'ait pu d'emblée reconnaître la plausibilité de l'aggravation alléguée, et ait imparti un délai de trente jours à l'assuré pour l'inviter à

compléter sa demande avec des documents notamment médicaux susceptibles de rendre plausible l'aggravation alléguée, d'autant que la nouvelle demande ne comportait en annexe aucun document médical. L'OAI a même précisé de quel genre de documents il avait besoin, en en décrivant en détails le contenu nécessaire, et précisant encore qu'il serait utile que tous les médecins concernés, par spécialités, établissent de tels documents.

A/1698/2018 - 12/14 - b. Les documents produits par le recourant dans le délai imparti sont, comme l'a relevé le SMR et l'intimé, quasiment tous antérieurs à la décision du 16 mars 2016; la plupart de ceux-ci, sinon tous étaient du reste déjà versés au dossier à l'époque de cette décision, et ne sont dès lors d'aucune utilité pour renseigner sur la plausibilité d'une éventuelle aggravation postérieure de l'état de santé de l'assuré. S'agissant des documents dont la date est postérieure à la décision en force du 16 mars 2016, dont le résumé des constatations et conclusions sont énoncés ci-dessus (ch.8 in fine, En Fait), soit : le rapport d'IRM du pied gauche du

E. 14

septembre 2016 du Dr J_____, celui du Dr K_____, du 10 novembre 2016, relatif à une IRM lombo-sacrée du 9 novembre, celui de l'institut BATTIKHA du 5 septembre 2017, relatif à une IRM du cerveau du 5 septembre 2017 et enfin le rapport descriptif des clichés radiologiques des pieds et cheville (profil en charge) du 17 octobre 2017 de l'institut radiologique de l'hôpital du Valais, la chambre de céans observe que tous ces documents sont des rapports radiologiques descriptifs, constatant pour la plupart des situations sans particularité, aucun de ces rapports ne présentant de comparaison avec des documents antérieurs, susceptible de montrer une évolution laissant supposer une aggravation de l'état de santé du patient, et, comme le SMR l'a relevé dans son avis du 7 mars 2018, ne donne aucune indication sur les conclusions à en tirer par rapport à l'état de santé du patient. c. On rappellera encore que l'OAI, dans son courrier du 11 janvier 2018, accusant réception de la nouvelle demande de prestations de l'assuré, reçue la veille, précisait qu'il serait notamment utile que l'assuré lui fournisse un rapport médical circonstancié de chacun de ses médecins traitants, démontrant une aggravation probante de son état de santé, prenant la peine d'énoncer dans le détail le type de renseignements nécessaires devant se retrouver dans le contenu de ces rapports. Or, l'assuré n'en a produit aucun. d. Ainsi, l'avis médical du SMR du 7 mars 2018 - sur lequel se fonde la décision de rejet de la demande de prestations -, est cohérent et ne saurait dès lors être critiqué. e. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, dans ces conditions: outre le fait que l'OAI a scrupuleusement respecté les directives jurisprudentielles en cas de présentation, non conforme aux conditions de l'art. 87 al. 2 et RAI, d'une demande de prestations après un premier refus dû au fait que le taux d'invalidité était insuffisant, la chambre de céans ne peut que constater que cette demande était manifestement insuffisante en regard des principes rappelés ci-dessus, notamment quant aux conditions mentionnées à l'art. 87 al. 2 et RAI et à la jurisprudence y relative, qui rappelle que 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, l'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré devant 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

A/1698/2018 - 13/14 - les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 et ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). 10. Il est enfin rappelé que la chambre de céans doit apprécier la situation en fonction de l'état du dossier au moment où la décision litigieuse a été rendue. En cas de recours contre une décision de refus d'entrer en matière, elle ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'au moment où l'intimé a rendu la décision entreprise il était fondé à refuser l'entrée en matière; ce qui est le cas en l'espèce. Ainsi, le courrier du 17 mai 2018, adressé par la Dresse C_____ à l'OAI, et annexé au recours de l'assuré, du même jour, est-il postérieur à la décision entreprise, et à ce titre, la chambre de céans ne saurait le prendre en considération, en tant qu'il contiendrait les éléments médicaux, ignorés par l'intimé au moment où il a rendu la décision entreprise de refus d'entrer en matière, au vu du pouvoir d'examen strictement limité dont la chambre de céans dispose en l'espèce. Elle se dispensera donc d'examiner la valeur probante éventuelle de ce rapport. En tant toutefois que le médecin traitant indique expressément écrire pour contester la décision du 23 avril 2018 de l'OAI, force est de constater qu'il ne contient aucun argument ni grief susceptible de démontrer que le SMR, respectivement l'intimé, auraient pu, sinon dû, sur la seule base du dossier en leur possession au moment de rendre la décision, reconnaître le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé du patient, depuis la dernière décision négative en force du 16 mars 2016. On remarquera enfin que le recourant, après avoir déposé son recours devant la chambre de céans, ne s'est plus manifesté auprès d'elle, ni pour lui adresser la copie de la décision entreprise qui avait été sollicitée de sa part par courrier du 22 mai 2018 de la chambre de céans, à réception du recours, ni pour se prononcer dans le cadre d'une réplique, après communication du préavis de l'intimé ; et pas davantage après que la chambre de céans, tenant compte du fait que l'intéressé intervenait sans le concours d'un mandataire, lui eût donné une ultime possibilité de se prononcer. 11. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière. 12. Mal fondé, le recours sera donc rejeté. 13. La procédure n'est pas gratuite - ce qui a d'ailleurs été rappelé au recourant, par la chambre de céans, dans l'annexe à son courrier du 17 avril 2018: 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 le tribunal cantonal des assurances 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/1698/2018 - 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.