

GE_GERICHTE ATAS/675/2016 vom 24. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_675_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/675/2016 du 24 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/675/2016 del 24 agosto 2016

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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant.

E. 4

a) A teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, en sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RAI, RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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

A/1814/2016 - 5/8 - arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68, 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198). 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). b) 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 en vigueur depuis le 1er janvier 2003), 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). c) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois, selon leur sens et but exposés ci-avant (consid. 1.2 supra), que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus

A/1814/2016 - 6/8 - de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

E. 5

En l'espèce, la première décision rendue par l'intimé en date du 6 octobre 2014 refusait l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. À l'appui de sa nouvelle demande de mesures professionnelles/rente du

E. 10

décembre 2015, le recourant n'a produit aucun document médical. Il n'a pas donné suite au courrier de l'intimé du 18 décembre 2015 l'invitant à produire dans les trente jours tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, ni à la sommation du 22 février 2016 lui impartissant un délai au 4 mars 2016 au plus tard, et ce malgré l'avertissement qu'en l'absence de réponse de sa part, l'intimé prendra sa décision sur la base du dossier en sa possession et que les prestations pourraient lui être refusées. Le

recourant n'a pas non plus réagi au projet de décision de refus d'entrer en matière du 8 mars 2016, alors que la décision querellée a été notifiée presque deux mois plus tard. L'argument du recourant selon lequel il pensait que l'intimé recueillerait tous les renseignements médicaux nécessaires auprès de son médecin traitant tombe ainsi à faux. Quant au rapport du Dr B_____ du 28 juin 2016, produit dans le cadre de la présente procédure, il fait état, certes, d'un choc hémorragique survenu le 9 octobre 2015 compliqué d'un accident vasculaire cérébral ayant nécessité une hospitalisation jusqu'au 13 novembre 2015. Le recourant présenterait une baisse de ses capacités, mais le médecin n'atteste cependant pas une incapacité d'agir. Il y a lieu par ailleurs de constater que le recourant a pu remplir et signer sa demande de prestations le 15 décembre 2015 et mandater un conseil le 31 mai 2016. Au vu de ce qui précède, il apparaît que le recourant aurait pu à tout le moins chercher de l'aide auprès de son médecin, voire de mandater un conseil, au plus tard dès la réception de la sommation notifiée par pli recommandé du 22 février 2016. Pour le surplus, dès lors que l'intimé a respecté la procédure et imparti à deux reprises un délai raisonnable au recourant pour déposer ses moyens de preuve, assorti de l'avertissement des conséquences d'un défaut de réponse, le juge des assurances sociales doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Par conséquent, en l'absence de tout document médical, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière.

A/1814/2016 - 7/8 - 6. Mal fondé, le recours doit être rejeté. 7. La procédure est gratuite. * *
* * *

A/1814/2016 - 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.