

GE_GERICHTE ATAS/77/2013 vom 21. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_77_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/77/2013 du 21 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/77/2013 del 21 gennaio 2013

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; RS 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).

A/2843/2012 - 7/10 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 16 décembre 2011 faisant suite à une décision de refus de prestations de l'intimé du 15 mars 2010 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe précité.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6

A/2843/2012 - 8/10 - LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 6

Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75ss), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; ATF du 3 janvier 2013 9C_516/2012).

E. 7

En l'espèce, l'intimé a clairement refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en relevant que le SMR avait estimé le 2 août 2012 que les pièces médicales transmises par le recourant n'apportaient aucun élément nouveau (à cet égard ATF du 3 janvier 2013 9C 516/2012). Force est de constater que la décision litigieuse ne peut qu'être confirmée, les éléments médicaux avancés par le recourant n'était pas à même de rendre plausible une aggravation de son état de santé. En effet, le rapport du Dr B_____ du 26 octobre 2009, antérieur à la dernière décision de refus de l'intimé du 15 mars 2010, avait déjà été transmis à celui-ci le 27 novembre 2009; le rapport du Service de pneumologie des HUG du 15 juillet 2010 et ceux du Dr L_____ des 19 octobre 2011 et 21 septembre 2012, sont certes postérieurs à la décision du 15 mars 2010, mais ne font pas état d'une péjoration du SAS dès lors qu'ils concluent uniquement à la nécessité d'avoir un suivi médical régulier et à une prise en charge tout à fait satisfaisante et efficace dudit syndrome.

Quant aux certificats du Dr M_____ attestant d'une incapacité de travail totale du recourant dès le 1er janvier 2012, prolongée jusqu'au 22 février 2012 puis du 1er avril au 31 juillet 2012, ils ne sont pas motivé du tout et ne permettent pas de déterminer s'il existe une aggravation de l'état de santé du recourant.

A/2843/2012 - 9/10 - Enfin, le rapport du Dr O_____ du 26 mars 2012 relate les deux accidents dont a été victime le recourant les 18 février et 11 avril 2010 en attestant d'une évolution favorable de sorte qu'aucun indice d'une aggravation de l'état de santé du recourant n'est attestée par ce rapport.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

E. 9

Etant 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 200 fr.

A/2843/2012 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.