

GE_GERICHTE ATAS/893/2013 vom 17. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_893_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/893/2013 du 17 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/893/2013 del 17 settembre 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A 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, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon

A/810/2013 - 7/10 - à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). 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). b) 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. 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). c) 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 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

A/810/2013 - 8/10 - 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 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

E. 6

En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a retenu que les rapports des médecins de l'assuré de 2012, versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations, ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé physique ou psychique du recourant. Sur le plan somatique, il s'avère en effet que les diverses affections déjà connues en 2005-2006 (HIV, hépatite, diabète) restent bien contrôlées et n'ont pas connu d'évolution invalidante. Sur le plan psychiatrique, le trouble de la personnalité existait déjà en 2005 et le fait qu'il soit désormais qualifié de borderline par le Dr A _____, plutôt que de trouble mixte selon le Dr B _____ en 2005 n'est pas déterminant en soi. En effet, les conséquences de ce trouble n'ont pas varié, l'assuré présentait déjà en 2005-2006 d'importantes difficultés à s'organiser et à gérer son quotidien, des troubles de la concentration et de la mémoire. En 2005, l'assuré n'a nullement trouvé un travail à 50%, ce qui serait le signe d'une bonne capacité de travail et d'adaptation à un nouveau poste, mais son employeur, compréhensif, l'avait gardé à un poste moins contraignant de janvier 2004 à janvier 2005. Ainsi, son inadaptation au monde professionnel était déjà retenue en 2005, le Dr A _____ soulevant alors l'effort exceptionnel du journal " Y _____ " pour conserver l'assuré à son service jusqu'en janvier 2005. Auparavant, l'assuré a été totalement incapable de travailler d'août 2002 à mai 2003, puis a alterné des périodes d'incapacité totale ou partielle de travail. Alors qu'un poste adapté aux archives à 50% lui a été trouvé, il n'est pas parvenu à l'assumer non plus. Il n'en a pas été autrement de ses trois tentatives de reprise du travail, en 2006, 2007 et 2008 et le Dr E _____ relève précisément que c'est depuis 2004 déjà

que l'assuré tente en vain de retrouver un emploi et que ce sont les troubles déjà retenus en 2005 par la Dresse B_____ qui l'empêchent de s'intégrer dans le monde professionnel. Ainsi, quand bien même on ferait abstraction de la deuxième demande de 2010, en comparant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2005, il s'avère que l'appréciation des conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail en 2012 ne diffère pas de celle retenue antérieurement. Aussi, dans la mesure où le recourant n'a pas rendu plausible le fait que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. D'ailleurs, il ressort en termes à peine voilés des rapports des médecins de l'assuré que ceux-ci estiment en réalité que c'est la décision initiale de refus qui était mal fondée, de sorte qu'ils en demandent le réexamen à l'OAI. En indiquant que l'assuré aurait saboté ses deux premières demandes, ces médecins relèvent en fait qu'il était alors déjà invalide.

A/810/2013 - 9/10 - Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas.

E. 7

Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/810/2013 - 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.