

GE_GERICHTE ATAS/962/2018 vom 23. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_962_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/962/2018 du 23 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/962/2018 del 23 ottobre 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

À 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 22 janvier 2018 contre la décision du 4 décembre 2017, notifiée le 7 décembre 2017, est recevable.

A/267/2018 - 13/17 -

E. 4

L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 26 janvier 2017.

E. 5

Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une

contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

E. 6

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 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). 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. 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 108 consid. 2b). 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI

A/267/2018 - 14/17 - (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 et les références).

E. 7

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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 auquel 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).

E. 8

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

A/267/2018 - 15/17 - litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

E. 9

En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse, soit le 4 décembre 2017, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 29 février 2016, date de la dernière décision par laquelle l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité. Il sera relevé à cet égard que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé ne s'était alors pas limité à recueillir l'avis du médecin traitant puisqu'il a ordonné un examen personnel du recourant au SMR et que les deux examinateurs ont rendu un rapport complet et motivé, basé sur des examens approfondis aux niveaux ostéoarticulaire et psychiatrique. Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, il appartenait au recourant de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, il devait transmettre à l'intimé des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande et de se prononcer sur sa capacité de travail. Il ressort des faits de la cause que l'intimé, par courrier du 30 janvier 2017, a dûment rendu le recourant attentif à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 29 février 2016 entrée en force. À cet effet, il lui a imparti un délai suffisant pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Faute d'avoir reçu la moindre pièce médicale, l'intimé a donc annoncé au recourant le 6 avril 2017 qu'il envisageait de rejeter sa nouvelle demande puisqu'il n'avait pas pu constater une notable modification de la situation professionnelle ou médicale. Par l'intermédiaire d'un mandataire, le recourant s'est opposé à ce projet de

décision et a sollicité, par courrier du 22 mai 2017, un délai complémentaire afin d'étayer ses allégations quant à une aggravation de son état de santé. L'intimé a fait suite à cette demande en prolongeant à deux reprises ledit délai, soit une première fois au 26 juin 2017, puis une seconde fois au 30 septembre 2017. Sans nouvelle du recourant, l'intimé lui a imparti un « prompt délai » le 27 octobre 2017 pour produire un rapport de son nouveau psychiatre. Le recourant a alors transmis, en date du 1er novembre 2017, une succincte attestation du Dr S_____ datée du 21 juillet 2017. Dans ce document, le psychiatre traitant se contente d'indiquer que le recourant, qu'il suit depuis le 1er juin 2017, souffre d'une dépression sévère et de douleurs chroniques de l'hypocondre gauche. Il ne livre aucune argumentation permettant de justifier le diagnostic de « dépression sévère », lequel ne correspond d'ailleurs pas à un diagnostic précis selon une classification des troubles mentaux. En particulier, le Dr S_____ ne passe pas en revue les symptômes majeurs et mineurs du trouble dépressif, leur éventuelle durée et sévérité. Il n'indique pas non plus si le trouble évoqué entraîne des limitations fonctionnelles, ni ne se prononce sur la capacité de travail. Ainsi, force est de

A/267/2018 - 16/17 - constater que, en dépit des rappels de l'intimé quant aux devoirs du recourant et en dépit du long délai dont ce dernier a bénéficié (près de neuf mois entre le courrier du 30 janvier 2017 et celui du 27 octobre 2017), l'intéressé n'a pas produit de document rendant plausible une modification de son invalidité. Partant, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, ce d'autant plus que sa dernière décision entrée en force avait été rendue moins d'une année auparavant.

E. 10

En ce qui concerne le rapport du Dr S_____ du 23 novembre 2017, produit après la décision litigieuse, il ne saurait être pris en compte puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'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 se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il n'appartient donc pas à la chambre de céans d'instruire le cas sur le fond.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, accompagnée des rapports médicaux attestant de l'évolution de son état de santé psychique et somatique depuis le 29 février 2016.

E. 12

La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; cf. aussi art. 89H al. 3 LPA).

A/267/2018 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :