

GE_GERICHTE A/1501/2017 vom 21. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1501_2017

FR: GE_GERICHTE A/1501/2017 du 21 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/1501/2017 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1984, au bénéfice d'une formation de maçon, a travaillé quelques années comme maçon-paysagiste, puis pour la B_____, avant de travailler pour C_____, d'octobre 2007 à mars 2009. D'avril 2009 à juillet 2013, il a exercé comme vendeur, concepteur en projets horticoles, gestionnaire de stocks, préparateur de commandes Internet et manutentionnaire auprès de D_____ SA, entreprise spécialisée en matériel horticole.![endif]>![if> 2. Le 17 février 2014, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un trouble anxieux et des douleurs ostéo-articulaires apparus en 2007.![endif]>![if> 3. Par décision du 25 mai 2016, l'OAI a rejeté sa demande, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants : ![endif]>![if> - un rapport du docteur E_____, de la Permanence Médico-chirurgicale de Plainpalais, du 26 mars 2014, faisant état de douleurs prédominantes au niveau du genou gauche et d'une résistance limitée en raison d'une dépression ;![endif]>![if> - Un rapport rédigé le 26 mars 2014 par le docteur F_____, de la Permanence du Rond-Point de Carouge, concluant également à un trouble anxieux avec épisodes de panique, à un status post-opératoire (coarctation droite de l'aorte) et à des lombalgies entraînant une incapacité de travail de 50% ; le médecin précisait que le patient était « fragile au stress dans la construction » ;![endif]>![if> - une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 17 avril 2012 retenant un diagnostic de troubles mentaux et du comportement sur dérivés de cannabis, avec troubles psychotiques et symptômes polymorphes au premier plan (décompensation psychotique sur consommation de cannabis) ; il était fait état d'une évolution favorable et d'une reprise du travail progressive ; il ressortait en substance de ce rapport que l'assuré avait consommé du cannabis depuis l'âge de 19 ans pour calmer ses angoisses, puis d'autres substances (cocaïne, LSD, champignons, kétamine, etc.) ;![endif]>![if> - deux rapports rédigés en mai 2014 par la docteure G_____, du service de cardiologie des HUG, indiquant que l'assuré avait été opéré d'une coarctation de l'aorte en 1987 et qu'il souffrait d'une dilatation de la racine aortique ; le diagnostic retenu était celui de « maladie de Gilbert » ; il impliquait un contrôle tous les deux ans ; l'évolution clinique était bonne et le patient totalement asymptomatique ; il était simplement préconisé d'éviter de porter de lourdes charges ;![endif]>![if> - un avis émis par le Service médical régional (SMR) le 21 janvier 2015, constatant que, sur le plan cardiaque, il convenait effectivement d'éviter le port de charges de plus de 5 à 10 kg, ce qui rendait l'activité de maçon et de manutentionnaire non exigible ; le SMR relevait que, sur le plan orthopédique, l'assuré

disait souffrir de lombalgies et de gonalgies bilatérales plus importantes à gauche, semblant être le résultat d'une surcharge de port de charges lourdes ; sur le plan psychiatrique, il était suivi par le Dr F_____ pour un trouble anxieux ; il avait également été hospitalisé en 2012 pour un trouble du comportement sur dérivés de cannabis avec troubles psychotiques et une symptomatologie polymorphe ; le SMR en tirait la conclusion que l'activité habituelle n'était plus exigible ; en revanche, la capacité de travail restait entière s'agissant d'une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg ; le SMR préconisait de réinterroger le Dr F_____ afin d'évaluer le plus précisément la situation sur le plan psychiatrique ;

4. - un courrier du Dr F_____ du 23 mars 2015 indiquant que le patient n'était plus suivi en psychiatrie dans leur établissement depuis juillet 2014, que le diagnostic retenu était celui de troubles de l'adaptation, trouble anxieux avec épisodes de panique, que les limitations, en juillet 2014, consistaient en une diminution de la concentration, en une panique épisodique et en une instabilité émotionnelle ; l'assuré était désormais suivi par le docteur H_____ ;

5. - un avis du SMR du 7 avril 2016 constatant que le psychiatre, dans son rapport de février 2014, qualifiait la situation de stationnaire, avec une anxiété bien contrôlée et en tirant la conclusion qu'en l'absence d'une problématique aiguë somatique ou psychiatrique, il convenait de conclure à une totale incapacité dans l'activité habituelle mais à une capacité préservée à 100% dans une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles retenues étaient : l'absence de port de charges de plus de 5 kg, de travaux lourds et d'effort isométriques, de montées et descentes d'escaliers et de station debout ou assise prolongée ;

6. - un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI aboutissant à un degré d'invalidité de 0,18%, après comparaison du revenu avant invalidité à celui réalisable malgré l'atteinte à la santé.

7. Le 15 août 2016, soit moins de trois mois plus tard, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en ne mentionnant aucune atteinte à la santé particulière.

8. Par courrier du 25 août 2016, l'OAI lui a imparté un délai pour démontrer la plausibilité d'une aggravation de son état. L'OAI lui a expliqué qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il ajoutait qu'il appartenait à l'assuré de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision, notamment un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolution, capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles). Un délai de 30 jours lui était accordé pour ce faire.

9. Le Dr H_____ a rempli en septembre 2016 le formulaire médical pour examen du droit d'une personne assurée adulte.

10. Le médecin y a fait état de troubles dissociatifs apparus dès l'enfance, de la coarctation de l'aorte, de la maladie de Gilbert et de l'hospitalisation survenue en 2012 pour troubles schizoïdes. Il s'est ensuite attaché à narrer le parcours de vie de son patient en émettant un mauvais pronostic.

11. Le SMR ayant considéré que ce rapport n'apportait pas d'élément nouveau parlant en faveur d'une aggravation depuis la décision de mai 2016, le 12 janvier 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande au motif que l'aggravation de son état de santé n'avait pas été rendue plausible.

12. L'OAI ajoutait que la possibilité était offerte à l'assuré une nouvelle fois d'apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement, des objections, étant précisé qu'après écoulement de ce délai - dont il était souligné qu'il ne pourrait être prolongé - une décision sujette à recours lui serait notifiée.

13. L'assuré a téléphoné à

l'OAI le 19 janvier 2017 en indiquant ne pas être d'accord avec ce projet et être suivi par un psychiatre en la personne de la doctresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle n'avait pas été interrogée.![endif]>![if> 9. Par courrier du 10 février 2017, l'assuré a expliqué son parcours depuis 2013 en y joignant, notamment, les coordonnées de la Dresse I_____.![endif]>![if> 10. Par courrier du 20 février 2017, l'intimé a une fois de plus invité le recourant à lui faire parvenir des documents médicaux utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé en lui expliquant qu'en l'état, le contenu de son courrier ne lui permettrait pas de revoir sa position. À défaut de nouveaux documents médicaux avant l'échéance du 2 mars 2017, une décision formelle serait rendue.![endif]>![if> 11. Par courrier du 24 février 2017, l'assuré s'est étonné que l'OAI ne se soit pas adressé directement à sa psychiatre.![endif]>![if> 12. Par décision du 6 mars 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière.![endif]>![if> L'OAI a rappelé qu'une précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 25 mai 2016 et que, dès lors, un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si l'assuré rendait plausible que l'état de fait s'était modifié depuis lors de manière à influencer sur son droit aux prestations. Tel n'était pas le cas, en l'occurrence : l'assuré n'avait fourni aucun document permettant de mettre en évidence une aggravation de son état de santé depuis mai 2016. 13. Par écriture du 24 avril 2017, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction.![endif]>![if> Le recourant rappelle qu'il a fait parvenir à l'OAI un courrier expliquant son parcours depuis mars 2013 et les coordonnées de ses psychiatre et médecin traitants. Il argue que son psychiatre a conclu à des troubles dissociatifs (F 44.90) depuis juin 2016 au moins, date à laquelle a débuté son suivi. Cette atteinte se traduit par une perte partielle des fonctions normales d'intégration, des souvenirs, de la conscience de l'identité et des sensations immédiates. Selon le psychiatre, l'assuré est gravement atteint dans sa santé psychique et ne peut travailler que dans un milieu bienveillant et structuré, en aucun cas dans l'économie traditionnelle. Le recourant reproche à l'intimé de ne pas lui avoir expliqué clairement que c'était à lui de produire un certificat de son psychiatre et de ne pas lui avoir imparti un délai raisonnable pour ce faire. Il considère qu'il incombait à l'intimé de requérir des renseignements directement auprès de son psychiatre. À l'appui de son recours, l'assuré produit, notamment, un certificat de la Dresse I_____ du 11 avril 2017 indiquant qu'elle ne suit l'assuré que depuis juin 2016, qu'elle ne peut dès lors attester d'un changement dans la pathologie, mais qu'elle peut apporter un diagnostic fiable et étayé, celui de trouble dissociatif. Le médecin souligne que le trouble anxieux antérieurement cité par ses collègues découle en réalité du trouble dissociatif et n'en est qu'un symptôme. Le médecin émet l'avis que l'assuré est gravement atteint et ne peut que travailler dans un milieu bienveillant et structuré, non dans l'économie traditionnelle. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 mai 2017, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> L'intimé fait remarquer que le seul fait de mentionner dans sa demande le nom d'un nouveau médecin psychiatre n'est pas suffisant pour justifier une entrée en matière, d'autant que l'intéressé a été rendu attentif à plusieurs reprises à la procédure à suivre, par courriers du 25 août 2016, mais également du 20 février 2017. L'intimé rappelle que, dans ce type de procédure, il ne lui appartient pas, pas plus qu'au Tribunal, d'instruire le cas sur le fond. 15. Par écriture du 23 juin 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il relève que le Dr H_____, dans son rapport, évoquait déjà le diagnostic de troubles dissociatifs et en tire la conclusion que la comparaison des diagnostics évoqués en 2014 avec ceux décrits en 2016 ne pouvait que

conduire à la conclusion d'une aggravation de son état de santé. A cet égard, il souligne que de simples indices des changements invoqués suffisent. L'aggravation de son état de santé a par ailleurs été confirmée par le rapport de la Dresse I_____ du 11 avril 2017, lequel n'a effectivement été produit qu'en procédure de recours, mais dont il considère qu'il devrait être considéré comme recevable. EN DROIT 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. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. 5. 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). 6. 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 l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). 7. 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). !endif]>![if> 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).

8. 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 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 (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). !endif]>![if> 9. 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 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). !endif]>![if> 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 6 mars 2017 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 25 mai 2016. !endif]>![if> Tel n'est pas le cas. Certes, le Dr H_____ a évoqué un nouveau diagnostic, mais dont il a précisé qu'il était présent depuis l'enfance, sans jamais alléguer qu'une aggravation serait survenue depuis mai 2016. On relèvera par ailleurs qu'à plusieurs reprises, l'intimé a expliqué en détails à l'assuré les démarches qu'on attendait de lui, par

courrier du 25 août 2016, puis dans son projet du 12 janvier 2017, sans aucun doute lors de l'entretien téléphonique du 19 janvier 2017, puis une fois encore par courrier du 20 février 2017. Dans ces circonstances, on ne saurait déceimment prétendre que des délais raisonnables n'ont pas été accordés à l'intéressé. Quant aux pièces médicales produites après la décision litigieuse, soit après le 6 mars 2017, elles ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, 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 (arrêt 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond. C'est à l'assuré de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64). A cet égard, il est rappelé qu'il était possible à l'assuré de se faire représenter - ce qu'il a d'ailleurs fait par la suite - s'il ne se sentait pas capable de faire valoir utilement ses droits pour des raisons de santé ou d'ignorance juridique (cf. arrêt 9C_660/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3.3). Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations, s'il estime que les conditions en sont remplies. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. -

!endif]>![if> 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.