

GE_GERICHTE A/1814/2016 vom 24. August 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1814_2016

FR: GE_GERICHTE A/1814/2016 du 24 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/1814/2016 del 24 agosto 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET 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 ou le recourant), né le _____ 1956, au bénéfice d'un CFC d'électromécanicien, a travaillé comme électronicien à son propre compte. ![endif]>![if> 2. Le 10 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), indiquant souffrir de dépression. ![endif]>![if> 3. Selon le docteur B_____, l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 29 décembre 2012, en raison d'une dépression sévère. ![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 14 juin 2013 à l'attention de l'OAI, le Dr B_____ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail un état dépressif sévère depuis novembre 2012 ainsi que des douleurs lombaires depuis plusieurs années. L'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 29 novembre 2012, les restrictions étaient en fonction de l'état psychique. ![endif]>![if> 5. Selon un rapport établi le 23 août 2013 par le docteur C_____, psychiatre psychothérapeute FMH, à l'attention de l'assureur perte de gain Helsana, les diagnostics selon la CIM-10 étaient un trouble des habitudes et des impulsions (cyberdépendance, classé F 63.8) et un épisode dépressif isolé d'intensité modérée (F 32.1). Au status psychologique, le patient présentait des actes répétitifs, se décrivant sous l'emprise d'une addiction (cyberdépendance) qu'il ne parvenait pas à contrôler, il avait une humeur dépressive, des insomnies, des difficultés de concentration et de la mémoire, une anxiété, mais pas d'idéations suicidaires. Il avait été adressé à la fondation Phénix. Le patient bénéficiait d'un traitement de Sertraline et de Dormicum en réserve. ![endif]>![if> 6. Le 24 décembre 2013, le docteur B_____ a diagnostiqué un état dépressif avec un pronostic favorable. Après l'amélioration de son état de santé, le patient pourra reprendre une activité similaire à celle qu'il exerçait. ![endif]>![if> 7. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au SMR en date du 13 mai 2014. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail. L'assuré présentait un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, d'origine primaire, sans répercussion durable sur la capacité de travail. Selon le médecin SMR, la capacité de travail de l'assuré était de 100%, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 8. Par décision du 6 octobre 2014 entrée en force, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, motifs pris que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. ![endif]>![if> 9. Le 10 décembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI, en raison d'un accident domestique ayant engendré une incapacité de travail de 100% depuis le 9 octobre 2015. Il indiquait être actuellement en

traitement chez son médecin de famille, le Dr B_____, pour un AVC et un infarctus.!

10. Par courrier du 18 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il établissait de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait dès lors de faire parvenir à l'OAI, dans un délai de trente jours, 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. En l'absence de réponse dans ce délai, l'OAI se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.!

11. Le 22 février 2016, l'OAI a adressé à l'assuré par courrier recommandé et pli simple, une sommation, l'invitant à lui apporter les documents médicaux requis d'ici au 4 mars 2016 au plus tard.!

12. Le 8 mars 2016, un projet de décision de refus d'entrer en matière a été notifié à l'assuré.!

13. Par décision du 2 mai 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, dès lors que l'assuré n'avait pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la date de la dernière décision du 6 octobre 2014.!

14. Par acte du 1^{er} juin 2016, l'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours. Il relève avoir été victime d'un grave accident au mois d'octobre 2015, à la suite duquel son état de santé s'est notablement aggravé. Son incapacité de travail est totale. L'OAI lui avait demandé de transmettre les coordonnées de son médecin traitant, ce qu'il a fait. Il était dès lors confiant dans le fait que l'intimé requerrait tous les renseignements nécessaires auprès de son médecin traitant. Il ignore dès lors sur quelle base l'intimé a refusé d'entrer en matière.!

15. Dans sa réponse du 30 juin 2016, l'intimé conclut au rejet du recours, dès lors que l'assuré n'a pas communiqué les documents médicaux requis dans le délai de trente jours accordé en premier lieu, ni dans le délai supplémentaire accordé au 4 mars 2016. En l'absence totale de documents médicaux, il était ainsi légitimé à rendre une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.!

16. Dans ses observations du 25 juillet 2016, le recourant expose que sa mère était décédée en janvier 2015, puis son épouse le 14 août 2015, après un combat difficile, des suites d'un cancer. Ce cumul d'événements a eu pour conséquence qu'il a littéralement lâché prise, dans un état d'épuisement total, et qu'il n'a plus été à même de gérer ses affaires courantes. C'est dans ce contexte particulier qu'il a omis de donner suite aux sommations de l'OAI, ce qui paraît excusable au vu des circonstances, croyant à tort que ce dernier s'adresserait directement à son médecin pour obtenir les renseignements demandés. Il a produit un rapport établi le 28 juin 2016 par son médecin traitant, le docteur B_____, aux termes duquel il a été trouvé dans son appartement presque inconscient, dans une mare de sang, le 9 octobre 2015. Il a été hospitalisé en urgence et aux soins intensifs pour un état de choc hémorragique et est resté hospitalisé jusqu'au 13 novembre 2015. Son état de choc hémorragique était compliqué par un infarctus du myocarde et un accident vasculaire cérébral. L'assuré présente une baisse de ses capacités suite à son accident et l'évolution de son état à plus long terme reste à déterminer. Selon le recourant, il convient de prendre en compte le rapport du Dr B_____, dès lors qu'il permet d'apprécier les circonstances au moment où la décision est rendue. Il prie l'intimé de faire preuve de compréhension. Il conclut à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.!

17. Dans son écriture du 2 août 2016, l'intimé relève que le rapport médical du Dr B_____ du 28 juin 2016 ne doit pas être pris en compte dans le cadre du présent litige, dès lors que la question litigieuse est de savoir s'il était légitimé à refuser d'entrer en

matière sur la nouvelle demande de prestations. 18. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger. 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) en vigueur dès le 1^{er} 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. 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). 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. 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 1^{er} 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 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 1^{er} 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 1^{er} 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 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.

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 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.

6. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

7. La procédure est gratuite.

* * * * *

* 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.