

## GE\_GERICHTE A/3930/2014 vom 20. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3930\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3930_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3930/2014 du 20 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3930/2014 del 20 ottobre 2015

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.10.2015 A/3930/2014

A/3930/2014 ATAS/796/2015 du 20.10.2015 ( AI ) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3930/2014 ATAS/796/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 octobre 2015 2 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié aux Acacias recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré ou le recourant), peintre en bâtiment, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 10 novembre 2003, suite à un accident dont il avait été victime le 27 novembre 2002, lui ayant occasionné une fracture du col du fémur droit et des orteils droits. 2. Le 14 décembre 2005, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reconnu l'assuré invalide à 100% à compter du 18 novembre 2003, puis à 61% dès le 1 er juin 2004, lui octroyant pour ces périodes respectivement une rente entière puis un trois-quarts de rente d'invalidité, et prévoyant une révision de cette dernière au 31 décembre 2008. 3. Dans un projet de décision daté du 15 mars 2007, l'OAI est revenu sur sa décision précitée et a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 18 novembre 2003 et jusqu'au 31 octobre 2005, puis a supprimé ladite rente à compter du 1 er novembre 2005. 4. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 10 avril 2007, relevant que la SUVA et l'OAI avaient un point de vue divergent quant à sa capacité de travail. La clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) et l'OAI avaient admis le 24 juin 2004 qu'il n'était capable de travailler qu'à raison de 50% dans un poste allégé, alors que la SUVA avait considéré le 20 août 2004 que sa capacité de travail était complète. Pour sa part, l'assuré estimait avoir droit à des mesures professionnelles au vu de ses problèmes de santé ; il éprouvait des douleurs chroniques à une hanche suite à l'opération qu'il avait subie, et il devait porter des chaussures orthopédiques. Il ne lui était plus possible de travailler en tant que peintre en bâtiment, mais dans un poste allégé et à un taux d'activité de 30 à 40 %. 5. L'OAI a rendu une décision de refus de reclassement en date du 3 juillet 2007, au motif que l'assuré devait être disposé à mettre en valeur l'entier de la capacité de travail raisonnablement exigible de lui dans une activité adaptée, soit dans son cas, une activité à 100%. L'OAI lui proposait donc de lui adresser une nouvelle demande sous forme de soutien dans ses démarches de recherches d'emploi. 6. Le même jour, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, au motif que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 18 novembre 2002 et qu'il n'avait depuis lors pu reprendre aucune activité professionnelle en raison de son atteinte à la santé. Le 24 juin 2004, la CRR avait estimé que sa capacité de travail exigible était de 50% dans une activité adaptée et le 20 août 2004, la SUVA a estimé

qu'il lui était possible de travailler à temps complet, toujours dans une activité adaptée. Un stage avait alors été réalisé du 5 septembre au 2 octobre 2005 au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP), stage qui avait permis de conclure à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité légère telle que le conditionnement léger, le contrôle de production ou ouvrier à l'établi, ceci à un rendement de 50%, améliorable après une période de réadaptation. L'OAI expliquait ne pouvoir retenir la capacité résiduelle de 50% retenue par le CIP, car certains éléments que ce dernier retenait ne relevaient pas de l'AI. L'OAI rejoignait cependant la SUVA en considérant que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans un poste adapté avec un légère baisse de rendement de l'ordre de 10%. L'office a comparé le revenu avec et sans invalidité dès le 3 octobre 2005 et lui a reconnu un taux d'invalidité de 30.31% ne lui ouvrant pas le droit à une rente. Il a par conséquent décidé de lui octroyer une rente entière du 18 novembre 2003 jusqu'au 31 octobre 2005, ensuite de quoi, le droit à une rente ne lui était plus reconnu.!

7. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 10 juin 2008, indiquant que son incapacité de travail courrait depuis le 27 novembre 2002, soit depuis l'accident qu'il avait alors subi.!

8. Le 13 octobre 2008, l'OAI a rendu une décision par laquelle il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, qu'il assimilait à une demande en révision en raison du court laps de temps qui s'était écoulé entre sa précédente décision – rendue le 10 octobre 2007 – et le dépôt de la nouvelle demande – à savoir le 10 juin 2008. L'office considérait que l'assuré n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était péjoré depuis sa dernière décision. Le SMR avait en effet estimé que, sur la base des documents médicaux fournis, l'exigibilité de travail restait inchangée.!

9. En date du 4 septembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, indiquant être en incapacité de travail depuis le 27 novembre 2002, mais souffrir d'une aggravation progressive de ses symptômes depuis 2008.!

10. Le 9 septembre 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré que sa décision du 13 octobre 2008 n'ayant pas été contestée et étant par conséquent devenue définitive, une nouvelle demande ne pouvait être examinée que si, comme assuré, il rendait plausible que son invalidité, son impotence ou l'étendue de ses besoins de soins ou besoin d'aide découlant de l'invalidité s'étaient depuis lors modifiés de façon à influencer ses droits. Il appartenait à l'assuré de faire parvenir à l'OAI tous les documents médicaux permettant de rendre plausible que son état s'était aggravé, notamment par l'apport d'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante. Un délai de 30 jours lui était accordé pour ce faire. En l'absence de réponse de sa part à l'échéance de ce délai, l'OAI se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.!

11. Le 17 octobre 2014, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, par lequel il refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, au motif que celui-ci n'avait apporté aucun élément médical attestant d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 13 octobre 2008, en dépit de l'invitation à le faire qu'il lui avait adressée le 9 septembre 2014. L'assuré disposait d'un délai de 30 jours pour faire part de ses éventuelles objections.!

12. Le 26 novembre 2014, l'assuré n'ayant pas formé de contestation, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.!

13. Le 19 novembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales. Il a expliqué n'avoir pu transmettre à l'OAI les documents médicaux sollicités du fait qu'il n'arrivait pas à ouvrir ses courriers en raison des angoisses, voire de la panique que cela lui provoquait. Il expliquait ne jamais avoir pu retrouver de santé satisfaisante

depuis l'accident dont il avait été victime, et que des problèmes psychiques s'étaient depuis surajoutés à ses problèmes physiques. Il n'était quasiment plus sorti de chez lui depuis quatre ans et ne parvenait plus à se prendre en charge. Il avait dû entreprendre un traitement psychiatrique depuis 2014. Il joignait à son recours une attestation des docteurs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, établie le 16 décembre 2014, faisant état d'un trouble dépressif récurrent pris en charge une première fois en 2008 puis à nouveau en avril 2014. L'assuré demandait à ce que l'OAI reconsidère sa décision. ![endif]>![if> 14. Le 28 janvier 2015, l'OAI a transmis sa réponse au recours, concluant au rejet de celui-ci. Que ce soit sur révision ou suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations, il incombait à l'assuré de rendre plausible la modification de son taux d'invalidité. Il n'avait en effet pas rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé, ceci malgré le délai que l'office lui avait imparti pour ce faire. ![endif]>![if> 15. En réponse à une question que la chambre des assurances sociales lui a adressée le 23 septembre 2015, l'OAI a estimé qu'il ne lui incombait pas de prononcer médicalement sur le rapport médical versé par le recourant lors du dépôt de son recours du 19 décembre 2014, faute pour l'assuré d'avoir rendu vraisemblable à temps une aggravation de son état de santé, la situation devant être appréciée à cet égard d'après l'état de fait au moment où l'OAI avait rendu sa décision. L'assuré n'avait apporté aucune preuve médicale justifiant sa nouvelle demande lorsque l'OAI avait rendu sa décision le 26 novembre 2014, en dépit du fait que l'OAI lui avait donné un délai raisonnable pour le faire. Il était loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande en y joignant ce nouveau certificat médical. ![endif]>![if> 16. Cette écriture a été transmise au recourant le 9 octobre 2015. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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; RS 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. ![endif]>![if> Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) et satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le présent recours est donc recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de l'assuré du 4 septembre 2014. ![endif]>![if> Lorsque qu'une rente 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 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 119 V 9 consid. 3c/aa ; 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294 ). L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré 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 412 consid. 2b; 124 II 265 consid. 4a p. 269 s ; 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations valant demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA 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 pertinents (donc de nature à rendre plausibles les faits allégués), en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. L'administration jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 , consid 2b). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait au moment où l'administration 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).

3. En l'espèce, l'OAI a rendu sa décision de refus d'entrée en matière le 26 novembre 2014, après avoir dûment informé le recourant de la nécessité de produire, à l'appui de sa demande de prestations valant demande de révision, ses moyens de preuve pertinents, lui avoir impartit deux délais successifs de 30 jours chacun pour s'exécuter et l'avoir averti qu'à défaut de suite donnée à cette invitation il devrait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations. Or, le recourant n'a pas satisfait en temps utile à cette injonction ; ce n'est qu'en annexe à son recours du 19 décembre 2014 qu'il a produit un rapport médical établi le 16 décembre 2014.

4. C'est donc à juste titre que l'office intimé, à la date de la décision attaquée, a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant. Il n'y a au demeurant pas lieu que l'instruction d'une demande de prestations de l'AI se fasse dans le cadre de celle d'un recours à la chambre de céans.

Le recourant ne se trouve pas lésé par ce refus d'entrer en matière, qui ne le prive pas de faire valoir, en rendant plausible sa prétention à une révision de sa situation, une aggravation de son état de santé, en particulier sur le plan psychiatrique. L'office intimé a indiqué lui-même, dans sa détermination du 7 octobre 2015, qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations de l'AI en produisant le certificat médical annexé à son recours à la chambre de céans.

Il appert cependant que quoique adressée formellement à la chambre de céans et qualifiée de recours, l'écriture du recourant du 19 décembre 2014 vaut autant recours que demande de reconsidération du refus d'entrer en matière de l'office intimé, voire complément à la demande de prestations considérée. Le recourant y assimile en effet visiblement l'office intimé à la chambre de céans, en déclarant recourir contre « votre décision », pour le motif que « vous n'êtes pas informés de mon état de santé actuel », et demander de « reconsidérer votre décision à la lumière des informations transmises ». Ce serait en l'occurrence faire preuve d'un formalisme excessif que de ne pas retenir, en considération de cette écriture du 19 décembre 2014, que l'office intimé est d'ores et déjà saisi d'une nouvelle demande, accompagnée cette fois-ci d'un rapport médical. Cela s'impose d'autant plus qu'en égard aux motifs avancés dans cette écriture, cette dernière apparaît comporter implicitement une demande de restitution de délai au sens de l'art. 16 al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), dans la mesure où le recourant y mentionne, pour expliquer le non-respect du délai que l'office intimé lui avait impartit pour produire un rapport médical à l'appui de sa demande de prestations, des problèmes psychiatriques, se traduisant par des angoisses et des paniques ingérables à réception de courriers des autorités ou de son bailleur. Ledit rapport

médical relève lui-même que l'état psychique de l'assuré s'était dégradé avec une symptomatologie anxio-dépressive de plus en plus marquée avec un isolement social et un laisser-aller global au niveau de l'alimentation, de l'hygiène et administratif. Aussi faut-il, en application des art. 11 al. 3 et 89A LPA, transmettre formellement à l'office intimé l'écriture du recourant du 19 décembre 2014, avec le rapport médical précité du 16 décembre 2014, cette fois-ci non comme recours mais comme demande de reconsidération, voire complément de demande de prestations, pouvant comporter une demande de restitution de délai, car elle relève dans cette double mesure de la compétence de l'office intimé.

5. Le recours n'en est pas moins mal fondé et doit être rejeté comme tel.

!endif>!  
Pour les motifs visés au considérant 4, la chambre de céans renoncera en l'espèce, à titre exceptionnel (art. 69 al. 1bis LAI), à mettre un émolument à la charge du recourant. \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

!endif>!  
Au fond : 2. Le rejette.!

!endif>!  
3. Transmet à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, pour raison de compétence, l'écriture de Monsieur A\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2014, avec le rapport médical annexé à cette écriture, au sens des considérants.

!endif>!  
4. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge du recourant.

!endif>!  
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

!endif>!  
La greffière Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le