

# GE\_GERICHTE A/4127/2017 vom 27. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4127\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4127_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4127/2017 du 27 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4127/2017 del 27 novembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à GENÈVE  
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 le \_\_\_\_\_ 1960, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1990, a exercé  
différentes activités lucratives, conducteur de machines de chantier, vendeur en publicité,  
peintre en bâtiment ou encore agent de sécurité. Il a été victime d'une chute  
d'une échelle le 28 février 1994 sur un chantier. Son médecin-traitant, le docteur C\_\_\_\_\_,  
a diagnostiqué des lombalgies. Une rechute a été annoncée à la SUVA le 18 août 1995. Le  
Dr C\_\_\_\_\_ a alors retenu des discopathies importantes avec déshydratation modérée des  
disques L3-L4 et L4-L5, sur la base d'une IRM réalisée en juin 1995. 2. L'assuré a  
déposé le 18 décembre 1995 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de  
Genève (ci-après OAI) une demande visant à la prise en charge d'une orientation  
professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, ou d'un placement. Il  
allègue souffrir depuis avril 1995 de lombalgies. Il a finalement retiré sa  
demande, ayant trouvé un emploi de concierge à Genève qui lui convenait. 3. L'assuré  
a déposé une nouvelle demande le 28 juin 2011. Il indique qu'il est en incapacité de travail  
à 100% depuis 2007 pour cause de dépression. 4. Dans une note du 30  
octobre 2012, le médecin du service médical régional AI (SMR) a suggéré de soumettre  
l'assuré à une expertise psychiatrique. 5. Une expertise a ainsi été réalisée  
par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, le 25 juin 2013. Celui-ci n'a retenu  
aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a signalé, à titre de  
diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une modification durable de la  
personnalité après une expérience de catastrophe. Il a également relevé une accentuation de  
certains traits de personnalité. Il a expliqué qu'entre les deux demandes AI, l'assuré avait  
connu un véritable bouleversement existentiel dont les facteurs déterminants échappent au  
champ médical (rupture conjugale, divorce, perte de son emploi et de son logement,  
exigences financières de l'ex-épouse en matière de partage et de contribution  
d'entretien). En conclusion, la capacité de travail est entière, avec toutefois la  
présence de facteurs psychosociaux particulièrement intenses, qui influent négativement sur  
celle-ci et qui rendent illusoire un retour à l'emploi. Aussi le pronostic est-il très réservé.  
6. Dans une note du 11 juillet 2013, le médecin du SMR a relevé que, selon l'expert, il  
existait depuis 2000 un contexte psychosocial défavorable qui n'émerge cependant pas de  
l'AI. Le pronostic est certes clairement défavorable, l'expert estime cependant que  
« l'assuré dispose de ressources réflexives et adaptatives personnelles qui lui permettraient  
d'en sortir et de retrouver un fonctionnement satisfaisant ». Par  
décision du 23 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré que sa demande était  
rejetée. 8. Le 9 janvier 2017, l'employeur, soit le Collège E\_\_\_\_\_, au

service duquel l'assuré effectuait le transport de personnes à un taux de 54%, a annoncé le cas en détection précoce auprès de l'OAI, indiquant que l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 28 octobre 2016. L'assuré n'a pas donné suite aux deux rendez-vous proposés par l'OAI. 9. Il a toutefois déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 23 mai 2017. Il a produit des certificats d'incapacité de travail délivrés par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, chaque mois de janvier à juin 2017 et un rapport établi à l'attention de la caisse-maladie de l'assuré daté du 15 mars 2017 dans lequel les diagnostics suivants sont posés : « état dépressif sévère réactionnel, syndrome somatoforme douloureux chronique lombaire et membre inférieur gauche (MIG) depuis environ cinq ans, apparition d'un diabète inaugural (glycémie 23,4 !!!) à stabiliser, polyurie-polydipsie). Le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait l'assuré depuis octobre 2016 et que celui-ci se plaignait de « asthénie, anorexie, insomnie, angoisses, repli sur lui-même et perte de confiance ». 10. Le 3 juillet 2017, l'OAI a rendu un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière, constatant que l'assuré n'avait pas donné suite à son courrier du 29 mai 2017, de sorte qu'il n'avait pas été possible de déterminer si la situation professionnelle ou médicale s'était ou non notablement modifiée. 11. Par décision du 14 septembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision. 12. Par courrier du 12 octobre 2017, l'assuré, représenté par Me Florian BAIER, a informé l'OAI qu'il n'avait reçu ni le courrier du 29 mai 2017, ni le projet de décision du 3 juillet 2017, et qu'il entendait s'opposer au projet de décision. Il demande à ce que soit pris en considération un courrier du docteur F\_\_\_\_\_, médecin-traitant, du 9 octobre 2017. 13. Le même jour, il a interjeté recours contre la décision du 14 septembre 2017. 14. Le 16 octobre 2017, l'OAI a constaté que le courrier médical mentionné par l'assuré n'avait pas été produit, de sorte qu'il n'avait pas pu en tenir compte. 15. Par courrier du 13 décembre 2017, l'OAI s'est déterminé sur la demande de réexamen du 12 octobre 2017, a rappelé que l'administration n'était pas tenue de reconsidérer ses décisions et déclaré qu'il n'entrerait pas en matière. 16. Le 8 janvier 2018, Me BAIER a informé la chambre de céans qu'il cessait d'occuper dans cette cause. L'assuré a été invité à faire savoir à la chambre de céans s'il souhaitait continuer seul la procédure ou s'il entendait confier la défense de ses intérêts à un autre mandataire. L'assuré ne s'est pas manifesté. 17. Dans sa réponse du 4 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la production de nouveaux certificats médicaux n'a pas lieu d'être, puisque la seule question litigieuse est celle de savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dès lors, le courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2017 ne devait pas être pris en compte dans le cadre du présent litige. 18. Invité à faire part de ses observations, l'assuré n'a pas réagi. 19. Sur ce, 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), 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 les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 cum art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise. 3. Le litige porte sur la question de

savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement si l'assuré a rendu plausible une modification sensible de son état de santé et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision de refus de prestations du 23 septembre 2013.!

4. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent 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 (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). 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 ; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).!

b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande 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 et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 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 lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 454/04 du 4 octobre 2005 consid. 3.2). c. 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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

5. 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.). 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. 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 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). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

Eu égard à la jurisprudence précisant la chronologie de l'examen de la nouvelle demande par l'administration, la chambre de céans doit se limiter à examiner si c'est à tort ou à raison que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

a. Dans sa décision du 23 septembre 2013, l'OAI a retenu l'existence d'une capacité de travail de 100%, quelle que soit l'activité envisagée. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 25 juin 2013, selon lequel aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail ne pouvait être retenu. L'expert avait relevé l'existence de facteurs psychosociaux importants qui rendaient illusoire un retour au travail. Ces facteurs avaient toutefois été considérés par l'OAI comme n'émargeant pas de l'AI.

b. Cela étant précisé, il convient d'examiner si l'assuré a rendu plausible une aggravation sensible de son état de santé, respectivement de ses conséquences sur sa capacité de gain. Il sied préalablement de rappeler que 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, ce qu'a fait l'OAI par courrier du 29 mai 2017. Le mandataire de l'assuré a toutefois informé l'OAI le 12 octobre 2017 qu'il n'avait reçu ni ce courrier du 29 mai 2017, ni le projet de décision du 3 juillet 2017 et a produit un second rapport du Dr F\_\_\_\_\_ daté du 9 octobre 2017. Quoiqu'il en soit, l'assuré avait joint à sa demande du 23 mai 2017 des certificats d'incapacité de travail selon lesquels il n'est plus capable d'assumer son activité de transport de personnes à 54 % depuis octobre 2016. Il avait également versé à son dossier un rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 15 mars 2017, certes succinct, mais qui retient un diagnostic nouveau, à savoir celui d'un état dépressif sévère.

Force est de considérer que l'assuré a ainsi rendu plausible une modification significative de son état de santé et de sa capacité de travail. C'est donc à tort que l'OAI n'est pas entré en matière sur sa nouvelle demande. Une investigation s'avère nécessaire.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 23 mai 2017 et nouvelle décision.

\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant À la forme :