RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1038/2004 **ATAS/648/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 août 2005

En la cause

Monsieur C_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE intimé
sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Maya CRAMER , Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né en août 1963, est au bénéfice d'un CFC de mécanicien de précision. Après avoir exercé le métier de mécanicien-programmateur sur machines CNC, l'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi en 1993 et a perçu des indemnités de chômage jusqu'au 28 avril 1995. Par la suite, il travaillé en qualité de commis administratif auprès de l'Office des poursuites et faillites jusqu'en 1998. Il s'est réinscrit auprès de l'Office cantonal de l'emploi le 1er septembre 1998, date à partir de laquelle un nouveau délai-cadre d'indemnisation a été ouvert.

2. Souffrant d'une spondylarthrite séronégative, l'intéressé a été mis au bénéfice de prestations cantonales en cas de maladie (PCMM) dès le 11 août 1999 et a déposé en date des 8 novembre 1999 et 6 décembre 1999 deux demandes de prestations de l'assurance-invalidité, la première tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent et la seconde à celui d'une rente.

3. Après instruction, l'Office cantonal AI (OCAI) a rejeté la demande d'allocation pour impotent, au motif que l'assuré n'avait eu besoin de l'aide d'autrui que pour se déplacer et pendant une période de six mois. Il a également rejeté la demande de rente, au motif que la durée de l'incapacité de travail et de gain de l'intéressé était insuffisante pour ouvrir droit à une rente

4. Les recours interjetés par l'assuré ont été rejetés par jugement du 24 avril 2003 de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI, alors compétente ; le recours de droit administratif interjeté par l'assuré a été rejeté par le Tribunal fédéral des assurances, par arrêt du 18 novembre 2003.

5. Le 4 février 2004, Monsieur C_____ a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une récidive de ses arthroses et céphalées permanentes.

6. L'OCAI a imparti à l'assuré un délai de quinze jours pour lui faire parvenir, par écrit, la preuve des faits nouveaux allégués.

7. Par courrier du 20 mars 2004, l'assuré a donné une liste des affections dont il souffrait.

8. Par décision du 15 avril 2004, l'OCAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau établissant de façon plausible que son invalidité ou son impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

9. L'opposition formée par l'intéressé a été rejetée par l'OCAI, selon décision du 29 avril 2004.

10. Par acte du 14 mai 2004, l'intéressé a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, reprenant les arguments qu'il avait fait valoir dans son opposition.

11. Dans sa réponse du 2 juin 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant à ses décisions.

12. Le 28 juillet 2004, le recourant a maintenu sa position, déclarant maintenir sa plainte pour atteinte à son intégrité physique et morale et se réservant le droit de demander des dommages et intérêts.

13. L'OCAI a persisté dans ses conclusions et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

   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. 3 et 4 RAI). 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 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b 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. 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 114 consid. 2b).

   Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des

assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, 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 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.; arrêt B. du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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 au moment où l'administration a statué.
Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b, RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références citées).

En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'intimé a imparti au recourant un délai de quinze jours pour qu'il produise la preuve de ses allégués, en l'avertissant qu'à défaut de fait nouveau, il ne pourra vraisemblablement pas entrer en matière. En réponse, ce dernier s'est borné à mentionner une liste d'affections dont il souffrait, notamment de rechutes de polyarthrites, de migraines et de rhumatismes, sans aucun document médical à l'appui. Il indiquait d'autre part qu'il souhaitait recevoir les formulaires concernés, « pour une invalidité prononcée, sans avoir forcément des prestations vu qu'il souhaite avoir une vie normale relativement active ».

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible l'existence des faits nouveaux allégués, de sorte que l'intimé était fondé à liquider le cas par une décision de non entrée en matière.

Le recours, mal fondé, sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La présidente
Pierre RIES	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe