

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1762/2015

ATAS/603/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Georges ZUFFEREY,
Juges assesseurs**

Attendu en fait que Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, a travaillé en tant que manœuvre jusqu'au 20 juin 2005, date à laquelle il s'est retrouvé en arrêt de travail ;

Qu'en date du 4 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) ;

Que l'assuré a été examiné par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR, qui a qualifié la collaboration de l'assuré de tout à fait douteuse et indiqué n'avoir trouvé à l'examen ni signes florides de la série psychotique ni critères permettant de conclure à un trouble de la personnalité ; que l'expert a retenu le diagnostic de somatisation, sans répercussion sur la capacité de travail, expliquant que ce trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée devait être rattaché au trouble somatoforme ; que le diagnostic de schizophrénie a été écarté dans la mesure où il n'a pas été possible de mettre en évidence des hallucinations auditives ou visuelles, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était totale ;

Que par décision du 10 avril 2008, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à toutes prestations de l'assurance-invalidité;

Que le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a été rejeté par arrêt du 8 octobre 2009 (ATAS/1252/2009) ;

Qu'en date du 24 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations ;

Que par décision du 13 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière, considérant que les documents produits par l'assuré ne permettaient pas de conclure à une aggravation plausible de son état de santé ;

Que le recours interjeté par l'assuré a été déclaré irrecevable par arrêt de la chambre de céans du 17 mars 2011 (ATAS/267/2011) ;

Qu'en date du 20 août 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en produisant des certificats d'arrêt de travail ;

Que par décision du 16 mai 2013, confirmée par arrêt de la chambre de céans du 26 septembre 2013 (ATAS/950/2013), l'OAI a refusé d'entrer en matière, faute d'éléments médicaux suffisants attestant d'une plausible aggravation de l'état de santé de l'assuré ;

Que par courrier du 8 septembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a informé l'assurance-invalidité de la mise en œuvre d'une expertise par la chambre de céans dans le cadre d'une procédure l'opposant au service des prestations

complémentaires (ci-après le SPC) et sollicité le réexamen de son dossier, sur la base des informations qui seront recueillies lors de l'expertise ;

Que par courrier du 12 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il lui appartiendra, le moment venu, de soumettre toutes les pièces utiles qui seront soumises au SMR pour appréciation ;

Qu'en date des 25 novembre 2014 et 15 décembre 2014, le recourant a communiqué divers documents médicaux à l'OAI ;

Que par courrier du 12 janvier 2015, l'OAI a informé le mandataire du recourant qu'il considérait la démarche du recourant comme une nouvelle demande et lui a imparti un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous documents rendant plausible une aggravation de l'état de santé ;

Que suite au projet de décision de refus d'entrée en matière du 26 février 2015, l'assuré, par courrier du 30 mars 2015, a sollicité la suspension de l'instruction de son dossier AI dans l'attente du rapport d'expertise en cours dans la procédure en matière de prestations complémentaires ;

Que par décision du 21 avril 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière, motif pris que les pièces produites postérieurement à la dernière décision ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé ;

Que par acte du 26 mai 2015, l'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours, sollicitant l'annulation de la décision querellée ; qu'il soutient avoir rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé puisqu'une expertise a été ordonnée par la chambre de céans dans le cadre du recours qui l'oppose au SPC ; qu'il sollicite également une suspension de l'instruction de son dossier par l'intimé jusqu'à droit connu du résultat de l'expertise ordonnée dans la procédure l'opposant au SPC ;

Que dans sa réponse du 8 juin 2015, l'intimé conclut au rejet du recours, motif pris que malgré les invitations qui lui ont été faites, le recourant n'a pas apporté des éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié ; qu'en effet, les différents éléments médicaux fournis par l'assuré dans le cadre de sa nouvelle demande sont soit succincts et sans nouveau diagnostic, soit antérieurs à l'arrêt de la chambre de céans ;

Que par courrier du 7 juillet 2015, le recourant relève qu'une expertise pluridisciplinaire a été ordonnée dans le cadre de l'instruction de la procédure parallèle contre le SPC, ce qui constitue un fait nouveau susceptible de conduire à une appréciation différente de son cas ;

Qu'il persiste dès lors dans les termes de son recours et sollicite la suspension de la présente procédure jusqu'à établissement de l'expertise ordonnée dans la procédure parallèle ;

Que dans ses observations du 14 juillet 2015, l'intimé s'oppose à la suspension de la procédure, les conditions n'étant pas remplies, et persiste dans ses conclusions ;

Considérant en droit que 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) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Qu'interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA) ;

Que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées) ;

Que l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées) ;

Qu'en l'espèce, la décision querellée est une décision de refus d'entrer en matière ;

Que par conséquent, l'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande du recourant ;

Qu'il convient de relever préalablement que la suspension de la présente procédure ne se justifie pas, à défaut de requête simultanée de toutes les parties (cf. art. 78 let. a) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10) ;

Que selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits ;

Que 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 les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI) ;

Que 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 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références) ;

Que 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 autre investigation par un refus d'entrée en matière ;

Qu'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 ; qu'elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter ;

Qu'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 ;

Qu'en l'espèce, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé ;

Qu'en effet, comme le souligne l'intimé, lesdits documents sont soit succincts et sans nouveau diagnostic, soit antérieurs à l'arrêt de la chambre de céans ;

Que le fait qu'une ordonnance d'expertise a été ordonnée dans le cadre d'une procédure parallèle opposant le recourant au SPC ne permet pas encore d'admettre le caractère plausible d'une modification de l'état de santé du recourant et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain ;

Que le cas échéant, il appartiendra au recourant de déposer une nouvelle demande une fois le rapport d'expertise déposé ;

Que le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à percevoir un émolument ;

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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