

## **GE\_GERICHTE ATAS/252/2018 vom 15. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_252\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_252_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/252/2018 du 15 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/252/2018 del 15 marzo 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Suite à une rechute, en février 2015, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à des indemnités journalières du 2 février au 6 juillet 2015 (cf. décision formelle du 24 juillet 2015) avant d'accepter, sur opposition de l'assuré, de poursuivre le versement de l'indemnité au-delà du 6 juillet 2015.

#### **E. 5**

Le 7 juillet 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI en invoquant une arthrose du pouce droit et de la colonne vertébrale, sur plusieurs niveaux.

A/101/2018 - 4/9 -

#### **E. 6**

Par courrier du 17 juillet 2017, l'OAI a accusé réception de sa demande en lui précisant qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, notamment, par exemple, sous la forme d'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolution, capacité de travail, limitations fonctionnelles).

#### **E. 7**

Par courrier du 14 août 2017, l'assuré a allégué être dans l'incapacité totale de travailler depuis février 2015 et a produit à l'appui de ses dires : - un rapport de scanner cervical du 7 juillet 2016 concluant à une cervicarthrose étagée avec inversion de la lordose cervicale en C5-C6 et cervicarthrose prédominant de C4- C5-C6-C7 avec discopathie érosive C5-C6 et C6-C7 ainsi qu'une discuncarthrose avec barre ostéophytaire postérieure de C4-C5 à C6-C7 avec, en C4-C5, un rétrécissement foraminaux droit sur protrusion discale paramédiane en conflit avec la racine C5 droite, une discuncarthrose bilatérale en C5-C6 avec rétrécissement foraminaux bilatéral en conflit avec les deux racines C6 et discuncarthrose bilatérale en C6-C7, avec rétrécissement foraminaux, ainsi qu'un canal cervical étroit à cet étage (C6-C7) ; - un rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_ suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale pratiquée le 23 juin 2017, en raison de douleurs invalidantes cervicales apparues en 2015, concluant à une inversion de la lordose cervicale physiologique, à une sévère cervico-discarthrose pluri-étagée de C3-C4 à C7- T1 avec discopathies protrusives associées à une uncarthrose responsable de sténoses foraminales significatives en C4-C5 droite C5-C6 et C6-C7 bilatérale sévère à gauche, à l'absence de rétrécissement canalaire cervical significatif et à l'absence de compression médullaire ou de myélopathie cervicale associée ; - un très bref certificat médical du docteur G\_\_\_\_\_, du Centre médical du Léman, du 2 juillet 2014, faisant état d'une arthrose sévère au niveau de la base du pouce droit traitée par infiltration ; - des certificats d'arrêt de travail émis par le

médecin traitant de l'assuré, faisant simplement état d'une incapacité de travail de 100% continue depuis le 2 février 2015, hormis un court laps de temps entre le 1er et le 20 mars 2015.

#### **E. 8**

Ces documents ont été soumis au Service médical régional de l'AI, qui, le 29 septembre 2017, a brièvement émis l'avis que « sur la base des documents mis à notre disposition, nous ne pouvons pas conclure que l'aggravation est rendue plausible. Les images radiologiques, sans description clinique actuelle, ne peuvent être suffisantes pour confirmer une aggravation ».

#### **E. 9**

Par décision du 27 novembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que les différents courriers des médecins de l'assuré produits par ce dernier n'étaient pas suffisants pour confirmer une aggravation de sa situation médicale.

A/101/2018 - 5/9 -

#### **E. 10**

Par écriture du 15 janvier 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soit octroyée une rente d'invalidité de 75%, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour nouvel examen. Le recourant allègue que son état de santé s'est sensiblement modifié au point qu'il lui est désormais impossible d'exercer la moindre activité de travail au-delà de 33%. Il suggère, à titre de moyens de preuve, un interrogatoire des parties, l'audition de ses médecins traitants, ainsi que l'apport de la procédure ouverte en matière d'assurance-accidents.

#### **E. 11**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 février 2018, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que les documents produits par l'assuré ne suffisent pas à rendre plausible une aggravation de son état de santé.

#### **E. 12**

Par courrier du 8 février, le recourant s'est vu octroyer un délai au 1er mars 2018 pour consulter le dossier et se déterminer s'il le désirait.

#### **E. 13**

Ce délai étant venu à échéance, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la

A/101/2018 - 6/9 - jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du

## **E. 16**

décembre 2005). 3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale du 17 octobre 2007 - constatant qu'il avait recouvré une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée depuis mai 2006. 5. a) Lorsque la 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. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [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 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) 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. 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. 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), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue

A/101/2018 - 7/9 - plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et

les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 7. En l'espèce, l'octroi, par l'OAI, d'une rente entière limitée dans le temps au 31 juillet 2006, se justifiait par le fait qu'à compter de mai 2006, l'assuré, malgré la persistance de douleurs au niveau de la hanche et de limitations fonctionnelles (incapacité à parcourir de longues distances à pied, à marcher en terrain instable, à monter ou descendre fréquemment des escaliers, à travailler agenouillé ou accroupi, ou encore à porter de charges moyennes à lourdes), avait recouvré la capacité d'exercer à 75% une activité adaptée telle que celle de conducteur de personnes dans laquelle il s'était reclassé avec l'aide de l'OAI. Dans son rapport d'examen final, en juin 2006, le médecin d'arrondissement de la SUVA notait l'absence de plaintes concernant le rachis cervico-dorso-lombaire. Certes, les documents fournis par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande ne sont guère étayés, en particulier les arrêts de travail délivrés par son médecin traitant. Il n'en demeure pas moins que les rapports de radiographies et d'IRM objectivent de nouvelles atteintes, sévères, principalement au niveau des cervicales, mais également du pouce droit. Or, ces atteintes n'existaient pas à l'époque de la décision initiale, dont on relèvera qu'elle n'est pas particulièrement récente, puisqu'elle remonte à plus de dix ans. Dans ces circonstances, force est de constater que l'apparition de nouvelles atteintes, étayées par des documents médicaux, a été rendue plausible, ainsi que, par voie de conséquence, l'aggravation de santé alléguée par l'intéressé. Les questions de savoir si cette aggravation doit être confirmée et, dans l'affirmative, si elle conduit à l'augmentation du degré d'invalidité, sont des

A/101/2018 - 8/9 - questions qui relèvent du fond et qui n'ont pas à être examinées à ce stade de la procédure. Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de constater que l'assuré a rendu plausible une aggravation de son état de santé et que dès lors, l'intimé aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande. En ce sens, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction au fond.

A/101/2018 - 9/9 - 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.