

## GE\_GERICHTE A/1984/2016 vom 7. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1984\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1984_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1984/2016 du 7 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1984/2016 del 7 settembre 2016

### Erwägungen

#### E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié 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\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_ 1973, ressortissant de l'Ile Maurice, est entré en Suisse le 12 février 1987. Il a exercé diverses activités lucratives dont celle d'opérateur de logistique chez B\_\_\_\_\_ durant six ans.![endif]>![if> 2. Le 12 février 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), indiquant souffrir de dépression sévère.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 4 mars 2010 à l'attention de l'OAI, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen depuis environ 2006, et une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, depuis l'adolescence. L'assuré présentait une tristesse fluctuante, de l'anxiété, une irritabilité et des problèmes de sommeil. La tristesse était liée à la séparation récente d'avec sa compagne. Le pronostic était favorable. L'incapacité de travail était de 100% du 29 juin 2009 au 31 août 2009 et du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 15 avril 2010. L'activité exercée était encore exigible à 100%. Les capacités d'adaptation étaient limitées en ce sens que l'assuré devait éviter les tensions et le stress.![endif]>![if> 4. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, avait établi un rapport médical à l'attention de l'OAI le 30 juillet 2010. Il avait diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un état dépressif sévère, des lombalgies et une cervicalgie post-traumatique suite à une luxation C4-C5 en 2006. L'évolution était lentement favorable et le pronostic favorable. L'incapacité de travail était de 100% du 31 mai 2010 au 31 août 2010. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à plein temps à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010.![endif]>![if> 5. L'OAI avait requis l'apport du dossier de la SUVA, relatif à un accident survenu le 22 septembre 2006 lors duquel l'assuré, en plongeant en eau peu profonde, avait subi un traumatisme avec luxation complète C4-C5 bi-articulaire. L'assuré avait été opéré le 15 mars 2006 à l'Ile de la Réunion (discectomie a minima, mise en place d'une cage intersomatique et d'une plaque).![endif]>![if> 6. Dans un avis du 26 mai 2011, le SMR a retenu que l'assuré présentait un épisode dépressif de gravité sévère à moyenne, un status post-traumatisme cervical avec luxation C4-C5 avec cervicalgies résiduelles ainsi que des lombalgies. L'incapacité de travail était justifiée du 29 juin 2009 au 31 août 2010. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 7. Par décision du 12 juillet 2011, entrée en force, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, motif pris qu'il présentait une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, date à laquelle il était d'ailleurs inscrit à 100% à l'office cantonal de l'emploi. Les conditions du droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas remplies.![endif]>![if> 8. L'assuré a déposé une

nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI le 25 janvier 2016, indiquant qu'il souffrait d'une fracture tassement D8-D4 et d'une fissure de la vertèbre dorsale haute suite à un accident. Il était suivi depuis le 14 octobre 2014 par le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, et le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit de nombreux documents.![endif]>![if> 9. Selon le résumé de séjour du 14 octobre 2014 établi par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne des HUG, l'assuré avait séjourné aux HUG le 14 octobre 2014. Il s'était présenté aux urgences après avoir sauté de la fenêtre de son domicile le 13 octobre 2014. Il avait subi une fracture costale de la huitième côte à droite ; les investigations radiologiques ont conclu à une suspicion de fissure de vertèbre dorsale haute et une fracture tassement sans déplacement D8-D4. Un arrêt de travail à 100% était attesté du 14 octobre au 28 octobre 2014.![endif]>![if> 10. Selon un certificat de travail du 27 novembre 2014, l'assuré a travaillé dans l'entreprise G\_\_\_\_\_, au bénéfice d'un contrat à durée déterminée, du 28 avril 2014 au 28 octobre 2014 dans le secteur logistique.![endif]>![if> 11. Figurent au dossier divers certificats médicaux établis par le Dr E\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail depuis le 13 octobre 2014, puis une capacité de travail totale depuis le 19 janvier 2015, ainsi que des attestations de prise en charge ostéopathiques pour cervicalgie post-traumatique (spondylodèse C4-C5 et cage) délivrées par le Dr D\_\_\_\_\_. ![endif]>![if> 12. Selon les certificats médicaux établis par les HUG, l'assuré était en incapacité de travail du 26 février 2015 au 1 er mars 2015. ![endif]>![if> 13. Le 20 janvier 2016, l'OAI a retourné aux HUG l'IRM de l'assuré, reçu sur support informatique, qu'il n'a pas réussi à imprimer.![endif]>![if> 14. Le 27 janvier 2016, l'OAI a accusé réception de la demande et invité l'assuré à lui retourner la procuration signée l'autorisant à recueillir des renseignements. Il a requis également des renseignements auprès de l'Hospice général, notamment ses ordres de paiement, et un extrait des comptes individuels de l'assuré.![endif]>![if> 15. En date du 5 février 2016, l'assuré a retourné à l'OAI la procuration dûment signée.![endif]>![if> 16. Dans un avis du 15 mars 2016, le SMR a relevé que le début de l'incapacité de travail durable était le 14 octobre 2014, mais qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux qui influencent les nouvelles limitations fonctionnelles. L'assuré présente depuis longtemps un problème avec le rachis et les limitations ont déjà été discutées dans son avis du 26 mai 2011. Il convenait de rendre un projet de refus d'entrer en matière, l'aggravation de l'état de santé n'étant pas rendue plausible.![endif]>![if> 17. Par décision du 13 mai 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux au dossier susceptibles de modifier son appréciation. L'aggravation de l'état de santé n'est pas rendue plausible.![endif]>![if> 18. Par acte du 13 juin 2016, l'assuré interjette recours. Il conteste la décision de refus d'entrée en matière, alléguant avoir subi plusieurs accidents dans le passé qui ne lui permettent plus à présent de faire des choses normales et courantes du quotidien. Le port de charges lourdes est interdit, de même que de déplacer les choses. Il a très mal au dos, à la clavicule, à la nuque et à la tête. ![endif]>![if> 19. Dans sa réponse du 12 juillet 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, l'assuré n'ayant apporté aucun élément médical objectivant une aggravation de son état de santé.![endif]>![if> 20. Après communication de cette écriture au recourant, 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 - 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10). 3. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant. 4. a) A teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, en sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RAI, RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - 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. 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 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 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. 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 108 consid. 2b p. 114). c) 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 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). 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. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - 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 p. 269 s.). 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. Si l'assuré renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire, il ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés

fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33; voir également Christoph GRABENWARTER, *Europäische Menschenrechtskonvention*, 4e éd. 2009, § 24 n. 15 p. 336). 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 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 5. Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois, selon leur sens et but exposés ci-avant, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure. 6. En l'espèce, les atteintes à la santé dont souffrait le recourant lors de la première demande de prestations étaient d'ordre psychiatrique et également somatique, à savoir les séquelles d'une luxation cervicale post-traumatiques subie lors d'un accident survenu en 2006. Dans sa nouvelle demande, le recourant allègue avoir subi un accident survenu le 14 octobre 2014 ayant entraîné une fracture tassement D8-D4 et une fissure de la vertèbre dorsale haute. Ces faits sont attestés par le résumé de séjour établi par les HUG en date du 14 octobre 2014 qui mentionne encore une fracture de la 8<sup>ème</sup> côte à droite. A la suite de cet accident, il apparaît que le recourant a été en incapacité de travail totale, apparemment jusqu'au 19 janvier 2015, puis à nouveau en février 2015, et qu'il a bénéficié de traitements de physiothérapie et d'ostéopathie. Ces faits sont indiscutablement nouveaux. Contrairement à ce que l'intimé soutient, il convient d'admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, les faits nouveaux étant susceptible d'entraîner une modification de ses droits. Il convient encore de relever que les limitations fonctionnelles discutées par le SMR dans son avis de 2011 ne concernaient nullement les suites du nouvel accident. Par conséquent, c'est à tort que l'intimé n'est pas entré en matière. 7. Le recours est admis et la décision du 13 mai 2016 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. 8. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :