

## **GE\_GERICHTE A/2843/2012 vom 21. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2843\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2843_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2843/2012 du 21 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2843/2012 del 21 gennaio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur N\_\_\_\_\_, domicilié à Châtelaine recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT M. N\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) né en 1955, marié, père d'un enfant, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est entré en Suisse en juillet 1983 où il a exercé la profession de livreur puis carrossier auprès de divers employeurs. Comme dernier emploi il a travaillé pour la carrosserie X\_\_\_\_\_ Sàrl du 13 février 2001 au 15 juin 2002. L'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 1<sup>er</sup> décembre 1999 et le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Le 13 septembre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_, FMH neurologie, a attesté d'un syndrome canalaire carpien. Le 31 janvier 2003, l'assuré a été victime d'un accident (chute dans les escaliers) entraînant une fracture de l'omoplate et costale droites et une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mai 2003. Du 4 au 10 mars 2003, l'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana pour un diagnostic principal de difficulté liée à l'environnement social (Z60.9). Le 28 juin 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. Le 16 juillet 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté des diagnostics suivants : Status post-fracture omoplate droite, status post-fracture costale latérale de la 3<sup>ème</sup> côte droite, syndrome du canal carpien droit opéré (toujours douleur à la main droite), hernie hiatale avec reflux gastro-oesophagien hypertonique, gastro-hilite diffuse à *Helicobacter pylori*, cardiopathie, troubles de la vision, cholestérolémie, protéinurie-bilirubinémie, hémoglobinémie-hémosidérose, lymphadénopathie dans le ligament hépato-gastrique, lombalgies, mauvaise utilisation du fer, discrète atrophie neurogène thénarienne, algie de l'épaule et coude droit (tendinite), endormissement des deux mains, déviation du septum nasal, ronflement après accident, status post-accident opéré fracture diaphysaire multifragmentaire humérus gauche a toujours mal, polyneuropathie OH, tabagisme, syndrome de fatigue chronique, neurolyse du nerf médian droit non réussite, démyélinisation du nerf médian droit et difficultés liées à l'environnement social avec troubles mentaux et du comportement liés à la dépendance OH. Il a mentionné une incapacité de travail totale de l'assuré. Le 8 septembre 2004, le Dr C\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté des diagnostics suivants : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, tabagisme chronique, gastrite chronique, reflux gastro-oesophagien sur hernie hiatale, mauvais état dentaire, status post-fracture de l'omoplate et costale droit en janvier 2003, status post-fracture de côte gauche et status post-neurolyse du nerf médian pour canal carpien. Le 10 janvier 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé une capacité de travail de 50 %. Par jugement du 13 septembre 2005, le Tribunal de première instance a autorisé les époux à se constituer un domicile séparé. Un rapport du SMR (Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_) du 20 mars 2006, suite à un examen orthopédique et psychiatrique de l'assuré du 9 janvier 2006, a conclu à l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et aux

diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : Lombalgies occasionnelles, arthrose trapézo-métacarpienne à droite, status après fracture de l'humérus gauche traitement conservateur (1995), status après cure de syndrome du tunnel carpien à droite (2002), status après fracture de l'omoplate à droite (2003), gastrite chronique avec petite hernie hiatale sans reflux gastro-oesophagien, syndrome d'apnée du sommeil, tabagisme chronique et F10.24 dépendance à l'alcool consomme actuellement (probablement des quantités moins importantes que jusqu'en février 2005). Par décision du 5 mai 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations. Le 13 octobre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en relevant que son état de santé s'était détérioré depuis quelques semaines. Il a rempli le formulaire de demande le 5 octobre 2007. Le 17 décembre 2007, l'assuré a transmis à l'OAI diverses pièces médicales : Une attestation du 8 juin 2006 de md consultation (Dr F \_\_\_\_\_) selon laquelle l'assuré était suivi depuis le 5 juillet 2009 et abstinent depuis cette date. Un rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2007 selon lequel l'état de santé s'aggravait et se compliquait avec une dépression nerveuse difficile à maîtriser et socialement inadaptable. Un enregistrement nocturne de l'oxymétrie du 2 juillet 2007 du Service de pneumologie des HUG concluant à une bonne efficacité du traitement par CPAP. Une attestation du 29 mai 2006 du Dr G \_\_\_\_\_ de l'Unité d'alcoologie des HUG selon laquelle l'assuré était suivi depuis le 11 mai 2005 et totalement abstinent depuis cette date. Des rapports du Service de pneumologie des HUG des 16 mai et 3 juillet 2007 concluant à un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) sévère, bien traité. Un rapport du laboratoire du sommeil des HUG du 26 février 2007 concluant à une pathologie respiratoire du sommeil sévère. Un rapport du Dr H \_\_\_\_\_, FHM cardiologie, du 30 janvier 2006 concluant à un état cardiaque satisfaisant. Un rapport du Service de pneumologie des HUG du 23 juin 2006 concluant à un SAS de degré léger. Deux rapports de la Clinique genevoise de Montana des 7 mars 2006 et 12 décembre 2006 suite au séjour de l'assuré respectivement du 7 au 26 février 2006 pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation (F33.10) et du 16 novembre au 4 décembre 2006 pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec somatisations (F33.11). Un avis de sortie du Centre d'accueil et d'urgence des HUG du 24 mars 2006 pour un diagnostic d'entorse et foulure du poignet droit suite à un traumatisme direct contre une porte et abus l'alcool. Un avis du Dr B \_\_\_\_\_ du 19 septembre 2007 selon lequel les diagnostics se seraient aggravés dernièrement. Le 21 janvier 2008, le Dr I \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était plutôt amélioré depuis mai 2006 dès lors qu'il était totalement abstinent depuis mai 2005 et que les conditions sociales de l'assuré pouvaient entraîner une réaction de type dépressif. Par projet de décision du 29 janvier 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations dès lors que les conditions de fait ne s'étaient pas modifiées de manière essentielles. Le 3 mars 2008, l'assuré a informé l'OAI qu'il devait subir une intervention et requérait la prolongation du délai pour faire des observations. Par décision du 4 mars 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 27 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en mentionnant un traitement auprès des Drs B \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, psychiatrie, depuis 2005 et une atteinte aux poumons et aux côtes due à une chute. Il a transmis : Un rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009 selon lequel l'état de santé s'aggravait et se compliquait avec une dépression nerveuse difficile à maîtriser et socialement inadaptable. Un avis du 2 avril 2005 de l'Unité de médecine et psychologie du trafic selon lequel son aptitude à la conduite était donnée. Le 8

janvier 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'évaluation des maladies de l'assuré étaient en statu quo et qu'un recyclage professionnel serait recommandé. Le 20 janvier 2010, le Dr K \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2010 ne documentait pas les diagnostics retenus et n'expliquait pas si une affection avait une répercussion durable sur la capacité de travail; par ailleurs, il admettait la possibilité d'un recyclage professionnel alors qu'il l'avait refusé le 26 octobre 2009, de sorte qu'il y avait une contradiction. La capacité de travail était entière sans baisse de rendement. Par projet de décision du 2 février 2010, l'OAI a réexaminé le droit aux prestations de l'assuré et rejeté la demande en se fondant sur l'avis du SMR du 20 janvier 2010. Par décision du 15 mars 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 13 février 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations mentionnant un syndrome d'apnées du sommeil, un status après contusion faciale avec une fracture de l'orbite droite et une aggravation des maladies. Par projet de décision du 30 janvier 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, aucun rapport médical n'ayant été fourni. Le 2 avril 2012, l'assuré a transmis les pièces médicales suivantes, en relevant que son état de santé s'était aggravé depuis le 15 mars 2010 : Un rapport médical du Dr B \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009. Un rapport du Service de pneumologie des HUG du 15 juillet 2010 concluant à une prise en charge tout à fait satisfaisante du SAS. Un rapport du 19 octobre 2011 du Dr L \_\_\_\_\_, FMH pneumologie et médecine interne, selon lequel le traitement du SAS était efficace. Des certificats du Dr M \_\_\_\_\_, FMH médecine générale, attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier au 29 février 2012. Un avis du Dr O \_\_\_\_\_, chirurgien pédiatre, du 26 mars 2012 attestant d'une distorsion de la cheville droite à la suite d'un accident du 18 février 2010 et d'une foulure de la cheville gauche à la suite d'un accident du 11 avril 2010. L'évolution avait été favorable. Le 3 mai 2012, le Dr M \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2012, laquelle a été prolongée au 30 juin 2012 puis au 31 juillet 2012. Le 2 août 2012, la Dresse P \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel aucune aggravation n'était rendue plausible. Par décision du 15 août 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le 17 septembre 2012, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en relevant que l'OAI avait examiné de façon superficielle les documents produits lors de sa dernière demande et qu'il convenait de désigner un expert judiciaire pour évaluer si son état de santé se serait aggravé; la décision litigieuse devait être annulée. Le 21 septembre 2012, le Dr L \_\_\_\_\_ a attesté que le suivi du traitement du SAS nécessitait une oxymétrie de contrôle. Le 8 octobre 2012, l'assuré a mentionné le rapport du Dr L \_\_\_\_\_ précité et derechef indiqué que l'OAI avait examiné les documents médicaux produits de façon beaucoup trop superficielle. Le 8 novembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'assuré n'avait produit aucun document médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, que les certificats produits se bornaient à reprendre les diagnostics déjà pris en compte lors de la décision initiale de mai 2006; quant au SAS, il était traité de façon efficace et les lésions aux chevilles avaient présenté une évolution favorable. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 16 décembre 2011 faisant suite à une décision de refus de prestations de l'intimé du 15 mars 2010 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe précité. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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). Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75ss), si entre la décision de refus de

prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; ATF du 3 janvier 2013 9C\_516/2012 ). En l'espèce, l'intimé a clairement refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en relevant que le SMR avait estimé le 2 août 2012 que les pièces médicales transmises par le recourant n'apportaient aucun élément nouveau (à cet égard ATF du 3 janvier 2013 9C 516/2012). Force est de constater que la décision litigieuse ne peut qu'être confirmée, les éléments médicaux avancés par le recourant n'était pas à même de rendre plausible une aggravation de son état de santé. En effet, le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009, antérieur à la dernière décision de refus de l'intimé du 15 mars 2010, avait déjà été transmis à celui-ci le 27 novembre 2009; le rapport du Service de pneumologie des HUG du 15 juillet 2010 et ceux du Dr L \_\_\_\_\_ des 19 octobre 2011 et 21 septembre 2012, sont certes postérieurs à la décision du 15 mars 2010, mais ne font pas état d'une péjoration du SAS dès lors qu'ils concluent uniquement à la nécessité d'avoir un suivi médical régulier et à une prise en charge tout à fait satisfaisante et efficace dudit syndrome. Quant aux certificats du Dr M \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale du recourant dès le 1 er janvier 2012, prolongée jusqu'au 22 février 2012 puis du 1 er avril au 31 juillet 2012, ils ne sont pas motivés du tout et ne permettent pas de déterminer s'il existe une aggravation de l'état de santé du recourant. Enfin, le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 26 mars 2012 relate les deux accidents dont a été victime le recourant les 18 février et 11 avril 2010 en attestant d'une évolution favorable de sorte qu'aucun indice d'une aggravation de l'état de santé du recourant n'est attestée par ce rapport. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté. Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Nancy BISIN La Présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.