

## **GE\_GERICHTE A/3504/2013 vom 22. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3504\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3504_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3504/2013 du 22 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3504/2013 del 22 aprile 2014

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.04.2014  
A/3504/2013

A/3504/2013 ATAS/532/2014 du 22.04.2014 ( AI ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3504/2013  
ATAS/532/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 avril  
2014 1 ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître VUILLE Pierre recourant contre OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12,  
GENEVE intimé EN FAIT 1. Faisant suite à un arrêt du Tribunal cantonal des  
assurances sociales, alors compétent, du 3 octobre 2006, l'OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OAI) a, par décision du 7 février 2007,  
reconnu le droit de Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1953, à une demi-rente d'invalidité, à  
compter du décembre 2002, celui-ci souffrant de surdité, d'une rectocolique  
ulc roh morrhagie et de lombalgies importantes d'origine dégénérative.![endif]>![if> 2.  
L'OAI a initié deux révisions du dossier en octobre 2008 et en juin 2010. Le Docteur  
B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué, les 27 octobre 2008 et 7 juin  
2010, que l'état de santé de son patient était resté stationnaire depuis 2001, étant précisé  
qu'il travaillait à mi-temps.![endif]>![if> 3. L'OAI a dès lors informé l'assuré les 15  
janvier 2009 et 15 juin 2010, qu'il continuerait de bénéficier de la même rente (degré  
d'invalidité 55%).![endif]>![if> 4. Par courrier du 9 février 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a  
demandé à la Caisse cantonale genevoise de chômage, que son patient soit vu par un  
médecin-conseil de l'assurance, et la mise sur pied d'un stage d'observation, afin de mieux  
définir un travail adapté à sa situation. Le médecin a au surplus annoncé que si ce stage  
concluait à une incapacité totale de travailler, il solliciterait à nouveau l'AI.![endif]>![if>  
5. Dans une note du 4 mai 2011, le Docteur C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OFFICE  
CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE), a indiqué que l'assuré était incapable de travailler  
comme employé de maintenance et comme ouvrier dans le bâtiment, depuis décembre  
2010, de sorte que l'activité exercée jusqu'à maintenant ne pouvait plus lui être assignée.  
Une autre activité, dans la manutention légère, pouvait en revanche être envisagée. Le Dr  
C\_\_\_\_\_ a à cet égard recommandé de tester la possibilité d'une telle activité, avec  
alternance des positions assise-debout et marche, dans le cadre de l'atelier de réadaptation  
préprofessionnelle des HUG. ![endif]>![if> 6. Le 18 juillet 2011, l'atelier de  
réadaptation préprofessionnelle, service de neuro-r ducation des HUG a informé  
l'OFFICE REGIONAL DE PLACEMENT (ORP) que la candidature de l'assuré ne pouvait  
pas être retenue, au vu de sa situation médicale, qu'un placement sur le marché ordinaire ne  
serait vraisemblablement pas possible et qu'une révision de sa rente devrait être entreprise  
avec l'aide de son médecin, pour être revue à la hausse. L'atelier de réadaptation a suggéré  
  l'ORP d'intégrer l'assuré dans un programme à l'atelier D\_\_\_\_\_, ce qui a été fait du 1 er

au 29 novembre 2011, à raison de trois heures par jour. Les médecins de D\_\_\_\_\_ ont confirmé les limitations de posture décrites par le Dr C\_\_\_\_\_, ont retenu que le rendement de l'assuré était de l'ordre de 50%, voire 70%, sur trois heures d'activité et considéré qu'au vu des conditions observées, celui-ci n'était pas en mesure de travailler sur le marché primaire, mais dans un atelier protégé où l'environnement serait plus adapté à ses besoins. 7. Par décision du 26 janvier 2012, l'OCE, se fondant sur les observations de son médecin-conseil et le rapport d'observation de D\_\_\_\_\_, a prononcé l'inaptitude au placement de l'assuré dès le 9 décembre 2011. Il a pris note de la bonne volonté manifestée par l'assuré et de la qualité de son travail à D\_\_\_\_\_, mais aussi de ses limitations. En effet, il avait été confirmé que l'assuré souffrait constamment de douleurs dorsales à des amplitudes différentes, qu'il avait contracté des douleurs dans la paume des deux mains et qu'il lui était impossible de s'accroupir et de ramasser des objets tombés sans l'aide d'une tierce personne. Concernant son rendement, celui-ci était faible. L'OCE en a ainsi conclu que « bien que du point de vue subjectif, sa réelle volonté d'exercer une activité professionnelle n'est pas mise en doute, cela au vu de son attitude positive durant son stage d'observation, elle est toutefois irréaliste et irréalisable actuellement, compte tenu de ce qui précède. » 8. Dans une note du 14 mars 2013, le médecin du SMR a relevé que "Révision sur demande en raison d'une aggravation des lombalgies. Lors de l'octroi, il a été retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% et une capacité totale dans une activité adaptée avec baisse de rendement de 20% en raison de douleurs diffuses du système locomoteur prédominantes au niveau lombaire (syndrome douloureux apparenté à une fibromyalgie). Au niveau lombaire, pas de syndrome lomboveertébral et à l'imagerie (2002) très discrets troubles dégénératifs. Actuellement et suite à évaluation professionnelle, il a été déterminé que l'assuré ne peut travailler qu'en milieu protégé. Toutefois, aucun élément médical n'est avancé par le Dr B\_\_\_\_\_ pour l'expliquer. Pas d'aggravation objective : refus d'entrer en matière ». 9. Le 21 mars 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, le médecin du SMR ayant estimé que son état de santé était superposable à celui qui avait motivé l'octroi d'une demi-rente, le 7 février 2007. 10. Par courrier du 12 avril 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a prié l'OAI de statuer sur la base de l'expertise de l'atelier de réadaptation professionnelle de D\_\_\_\_\_, selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de trois heures par jour avec un rendement de l'ordre de 50 à 70%, confirmant au surplus qu'« au niveau médical, une rente à 50% est effectivement adéquate ». 11. Le 27 mai 2013, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui daté du 21 mars 2013. Il refuse d'entrer en matière, expliquant qu'« en date du 20 juin 2012, nous avons réceptionné un nouveau courrier de votre médecin-traitant, dans lequel il est fait à nouveau référence au rapport d'observation professionnelle demandé par l'Office cantonal de l'emploi à l'atelier de D\_\_\_\_\_. Nous avons soumis à notre SMR, tous ces documents. Après en avoir pris connaissance, ce dernier estime que votre état de santé est superposable à celui qui a motivé l'octroi d'une demi-rente. Notre médecin-conseil relève que l'évaluation professionnelle détermine que vous ne pouvez travailler qu'en milieu protégé. Toutefois, il estime qu'aucun élément médical nouveau n'est avancé par votre médecin-traitant pour l'expliquer. Il n'y a donc pas d'aggravation objective de votre état de santé. » 12. L'assuré, représenté par Maître Pierre VUILLE, a contesté ce projet de décision le 27 juin 2013. Il relève que selon l'art. 87 al. 3 RAI, une demande de révision de la rente AI doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Il n'est ainsi pas fait mention d'une aggravation de santé. Or, il rappelle qu'il n'est plus en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi, en raison de son état de santé, selon les conclusions du rapport d'observation professionnelle de D\_\_\_\_\_. Il invite dès lors l'OAI à entrer en matière sur sa demande de révision. ![/endif]>![if> 13. Dans une note du 5 juillet 2013, le médecin du SMR rappelle que selon le Dr B\_\_\_\_\_, une rente à 50% est effectivement adéquate au niveau médical. S'agissant de l'appréciation professionnelle faite à D\_\_\_\_\_ le 8 novembre 2011, le médecin du SMR souligne qu'elle ne tient pas compte de l'exigibilité médicale. Dès lors, en l'absence d'aggravation objective ou d'une autre atteinte, il maintient l'appréciation SMR du 15 mars 2013. ![/endif]>![if> 14. Par décision du 30 septembre 2013, l'OAI a confirmé son projet. ![/endif]>![if> 15. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 1<sup>er</sup> novembre 2013, contre ladite décision. Il reproche à l'OAI un abus du pouvoir d'appréciation, s'agissant de l'application des art. 87 al. 2 RAI et 28 LAI. Il rappelle qu'il a fait l'objet d'une nouvelle expertise médicale, réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_, lequel a requis une observation professionnelle à D\_\_\_\_\_ pour pouvoir déterminer sa capacité de gain. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 26 janvier 2012. ![/endif]>![if> 16. Dans sa réponse du 7 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère en effet, qu'il n'existe aucun fait susceptible de rendre vraisemblable une aggravation de l'atteinte à la santé, étant rappelé d'une part que, selon le Dr B\_\_\_\_\_, une rente à 50% est effectivement adéquate au niveau médical, et d'autre part, que l'évaluation effectuée par l'atelier de réadaptation préprofessionnelle ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de faits. Elle rappelle par ailleurs que l'AI et l'assurance chômage ne sont pas des branches d'assurances complémentaires, de sorte qu'un assuré exclu de l'une d'elles, n'est pas nécessairement en droit de toucher les prestations de l'autre. Il considère ainsi que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, le recourant n'ayant pas rendu plausible une quelconque modification de son état de santé. ![/endif]>![if> 17. Dans sa réplique du 24 février 2014, l'assuré s'étonne de ce que l'OAI refuse d'entrer en matière au vu des pièces qui lui ont été transmises. Il allègue que l'état de fait n'est de surcroît pas le même, dans la mesure où il travaillait à 50% au moment de la décision fixant son degré d'invalidité à 55%, et ne travaille plus au moment de sa demande de révision de la rente. Il produit une attestation de son médecin traitant, le Docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, datée du 24 février 2014, et aux termes de laquelle l'assuré l'a consulté le 8 juillet 2013 pour une prise en charge de son suivi médical. Il confirme que celui-ci "nécessite un traitement médical régulier dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique et d'une rectocolite ulcéro-hémorragique actuellement stabilisée. Ce patient souffre également d'une hypoacousie sévère. Le traitement médical consiste à soulager les douleurs tout en ménageant le tube digestif, le patient souffrant de manière récurrente de ballonnements et d'inconfort. A noter que les traitements de physiothérapie semblent plutôt exacerber ses douleurs. Selon une évaluation de ses capacités professionnelles, effectuée en décembre 2011 à D\_\_\_\_\_, une rente à 50% était effectivement adéquate. Par contre, au niveau professionnel déjà à l'époque, on concluait à une capacité de travail de trois heures par jour avec un rendement de l'ordre de 50 à 70%." Le Dr E\_\_\_\_\_ décrit la situation actuelle comme "plutôt dégradée", précisant que l'assuré "ne paraît pas en mesure d'exercer une activité professionnelle soutenue en raison d'une condition physique qui le fait souffrir au quotidien et qui nécessite beaucoup de repos. Une nouvelle évaluation actuelle serait souhaitable." ![/endif]>![if> L'assuré sollicite en tout état de cause, dans la mesure où cela

paraîtrait opportun, qu'une expertise soit réalisée. Il rappelle enfin que l'invalidité est une notion économique et non médicale . 18. Dans sa duplique du 19 mars 2014, l'OAI a déclaré persister dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Il rappelle, s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise médicale, que dans le cadre d'une nouvelle demande, c'est l'assuré qui doit rendre plausible une modification des faits déterminants, de sorte que la maxime inquisitoire ne s'applique pas et que l'examen du juge est d'emblée limitée au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiait ou non la reprise de l'instruction du dossier . 19. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. 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. 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré. 6. Lorsque la rente d'invalidité 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. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de

nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons. 2b, 117 V 198 cons. 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'entrer 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'article 87 al. 3 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 cons. 2b). L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note no 27). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008). 7. Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). 8. En l'espèce, il y a lieu de comparer la situation prévalant lors de la précédente décision lui reconnaissant le droit à une demi-rente, soit en février 2007 – et celle existant en septembre 2013. Il est vrai que la décision de février 2007 a été confirmée les 15 janvier 2009 et 15 juin 2010. Il n'y a toutefois pas eu de la part de l'OAI d'instruction particulière si ce n'est d'avoir requis du médecin traitant de remplir un simple questionnaire, lequel a attesté que l'état de

santé était stationnaire depuis 2001. Or, selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 ) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Dès lors, c'est bien la décision de février 2007 qui constitue le point de départ temporel de l'examen de la nouvelle demande. 9. Lors de son arrêt du 3 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances avait plus particulièrement tenu compte des documents suivants: >[if> - le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 23 février 2003, attestant d'une capacité de travail dans une activité légère entre 50 et 80% - l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 juin 2004, selon laquelle la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère était de 100% avec une diminution de rendement de 25 à 30% - le rapport du COPAI du 1er juin 2005, concluant à une capacité de travail entière dans une activité légère avec un rendement de 80% Il avait dès lors considéré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère avec une diminution de rendement de 20%, ce qui lui donnait droit à une demi-rente d'invalidité. A noter que l'assuré a repris un travail salarié à mi-temps depuis le 1 er juin 2008. 10. Lors de la décision litigieuse, l'OAI a disposé des pièces suivantes: >[if> - les observations du Dr C\_\_\_\_\_ du 4 mai 2011 - la note de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 18 juillet 2011 - le rapport d'observation de la mesure D\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2011. - les courriers du Dr B\_\_\_\_\_ des 9 février 2011 et 12 avril 2013 Au vu de ces pièces, le médecin du SMR a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait été rendue plausible, de sorte que l'OAI a rendu une décision de non entrée en matière. 11. La Chambre de céans constate que le Dr C\_\_\_\_\_ s'est borné à recommander de tester la possibilité d'une activité dans la manutention légère, avec alternance des positions assise-debout et marche, dans le cadre de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG.>[if> Le Dr B\_\_\_\_\_ a souligné les conclusions de l'expertise de l'atelier de réadaptation professionnelle de D\_\_\_\_\_, selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de trois heures par jour avec un rendement de l'ordre de 50 à 70%, confirmant pour le surplus qu'« au niveau médical, une rente à 50% est effectivement adéquate ». Le rapport d'observation de la mesure D\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2011 enfin est certes établi par des médecins. Ceux-ci ne font toutefois que rapporter les déclarations et plaintes de l'assuré, ainsi que les constatations des maîtres d'atelier. Force est en conséquence de conclure, à l'instar de l'OAI, qu'aucun changement sur le plan médical n'a été mis en évidence. 12. L'assuré allègue toutefois que ce n'est pas nécessairement une modification de l'état de santé qui peut justifier l'augmentation de la rente au sens de l'art. 87 al. 3 RAI, mais n'importe quelle autre considération, telle qu'en l'espèce les constatations faites à D\_\_\_\_\_.>[if> Suivant la jurisprudence, l'invalidité peut en effet varier parce que l'infirmité qui la provoque a elle-même évolué ou, bien que l'atteinte à la santé ne se soit pas modifiée, parce que des circonstances qui lui sont associées en modifient les effets économiques (voir p.ex. ATF 105 V 29 , ATFA 1968 p. 187). La détention dans un établissement pénitentiaire aux fins d'y subir une peine privative de liberté constitue l'une de ces circonstances de nature à modifier les effets économiques d'une atteinte à la santé, dans ce sens que ce n'est plus cette atteinte qui est responsable de la perte de gain encourue par l'assuré, mais bien la peine infligée à ce dernier (ATF 107 V 219 ). Dans un arrêt paru in RCC 1974 p. 48, le TF avait ainsi jugé qu'une modification du degré d'invalidité chez une ménagère pouvait aussi

résulter d'un changement dans les devoirs qui lui incombent, considérant que l'invalidité de son époux aggravait la sienne, parce qu'elle empêchait celui-ci de l'aider et de compenser ainsi son handicap. Ainsi la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Dans un arrêt du 16 janvier 2004 (I 52/03), le TF a plus particulièrement insisté sur le fait que l'invalidité est une notion économique et non médicale et que son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. Ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer, de sorte que les appréciations théoriques du médecin ne sont pas déterminantes en elles-mêmes. Ainsi l'aggravation de l'état de santé n'implique pas nécessairement une modification de l'invalidité au sens de l'art. 8 LPGA, ainsi que l'art. 87 al. 3 RAI le requiert pour justifier d'entrer en matière sur une demande de révision du dossier (ATF 105 V 207 ; ATF 130 V 64 ). 13. Il y a dès lors lieu d'examiner s'il est vraisemblable qu'en l'occurrence les conséquences des atteintes à la santé dont souffre l'assuré sur sa capacité de gain se soient modifiées. Il s'avère que selon les conclusions de l'atelier de réadaptation professionnelle de D\_\_\_\_\_, le rendement de l'assuré était de l'ordre de 50%, voire 70%, sur trois heures d'activité par jour et il n'était pas en mesure de travailler sur le marché primaire, mais dans un atelier protégé où l'environnement serait plus adapté à ses besoins. Il est vrai qu'en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). Toutefois, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF non publié 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; ATF I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64). L'OAI ne pouvait dès lors écarter d'emblée l'évaluation des capacités professionnelles de l'assuré faite à D\_\_\_\_\_. Certes le Dr B\_\_\_\_\_ a-t-il indiqué qu'une rente à 50% sur le plan médical était adéquate. Cette déclaration - au demeurant de nature juridique, et non médicale - est toutefois en contradiction totale avec les observations faites en atelier et confirmées par les médecins de D\_\_\_\_\_. Il y a au surplus lieu de constater que l'assuré a cessé d'exercer son activité lucrative à 50%. Le Dr G\_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé en décembre 2011 qu'une demi-rente était justifiée, mais a insisté sur le fait

qu'« au niveau professionnel déjà à l'époque, on concluait à une capacité de travail de trois heures par jour avec un rendement de l'ordre de 50 à 70% », et décrit la situation actuelle comme "plutôt dégradée". Force est dès lors de constater qu'il existe en l'espèce des indices suffisants en faveur d'une modification des circonstances entre 2007 et 2013. L'assuré a ainsi rendu vraisemblable une modification de l'invalidité de manière à influencer le droit à la rente. C'est dès lors à tort que l'OAI a prononcé un refus d'entrer en matière. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 30 septembre 2013 annulée. 15. Etant donné que, depuis le 1er 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 l'OAI au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet et annule la décision du 30 septembre 2013. 3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction de la demande de prestations et nouvelle décision. 4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens. 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI. 6. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.