

## GE\_GERICHTE A/3826/2014 vom 8. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3826\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3826_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3826/2014 du 8 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3826/2014 del 8 ottobre 2015

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o B\_\_\_\_\_, au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1962, serveur de profession, a été victime, le 10 décembre 2008, d'un accident de la circulation : le conducteur du véhicule dans lequel il se trouvait en tant que passager en a perdu la maîtrise, l'automobile a terminé sa trajectoire sur la glissière de sécurité et l'assuré a subi une fracture de l'épaule droite et des contusions à la tête. **2.** Saisi d'une première demande de prestations de l'assuré, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) l'a rejetée par décision du 14 avril 2010. L'OAI a considéré que l'assuré, s'il était certes désormais incapable d'exercer son activité habituelle de serveur, avait en revanche recouvré, depuis juin 2009, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Comparant le revenu annuel réalisé par l'assuré avant l'atteinte à sa santé, soit CHF 41'697.-, à celui qu'il aurait pu obtenir en exerçant à plein temps une activité adaptée, soit CHF 53'981.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], TA1, niveau 4, et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%), l'OAI a constaté l'absence de perte de gain. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport d'imagerie médicale du 2 février 2009 concluant, en l'absence de lésions traumatiques du crâne, à des structures centrales médianes intactes, à un système ventriculaire normal, à des ventricules latéraux symétriques, à l'absence d'anomalies vasculaires, mais à une importante déformation de la cloison nasale et à une importante pan-sinusite ; - différents rapports émis par le docteur C\_\_\_\_\_, faisant état d'une ostéosynthèse de la clavicule droite et se faisant l'écho des plaintes de son patient (douleurs persistantes à ce niveau) ; - un rapport des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 16 décembre 2008, faisant état d'une fracture du tiers moyen de la clavicule droite et d'une luxation de l'articulation acromio-claviculaire à droite de grade II ; - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2010 confirmant ces diagnostics et mentionnant par ailleurs une hernie discale protrusive plus marquée à droite, des varices réticulaires et une insuffisance veineuse du membre inférieur droit ; - un rapport du 5 décembre 2008 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, faisant état d'un examen neurologique et d'un examen du membre inférieur droit normaux en dehors de lésions dégénératives (discopathie L5-S1 assez marquée, avec hernie discale au même niveau, sans déficit radiculaire), précisant que le problème principal consistait dans l'insuffisance veineuse du membre inférieur droit ; - un rapport émis le 27 novembre 2009 par l'atelier de réadaptation préprofessionnel des HUG, concluant qu'il était illusoire d'imaginer une

utilisation complète du bras droit, particulièrement sur une échelle ou dans un travail en hauteur, mais ajoutant qu'on pouvait considérer l'assuré comme désormais en mesure de travailler sur le marché primaire, bien qu'un doute subsistât quant à son rendement, vu l'état de ses membres inférieurs ;![endif]>![if> - un avis émis le 15 février 2010 par le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) concluant à une totale incapacité de travail dans l'activité de serveur, mais à une capacité totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et ce, depuis le 22 juin 2009.![endif]>![if> 3. Une nouvelle demande de prestation déposée en février 2011 a fait l'objet d'un refus d'entrée en matière de la part de l'OAI le 25 août 2011.![endif]>![if> Avaient alors été versés au dossier :

- un rapport d'observation du service de neuro-rééducation des HUG du 26 avril 2010, mentionnant une fracture complexe de la clavicule droite, un problème de circulation artérielle des membres inférieurs aggravé par la profession de serveur, deux opérations à droite en relation avec cette pathologie, la probabilité d'une nouvelle intervention dans le futur (non planifiée) et une hernie discale provoquant des douleurs dorsolombaires ; ce rapport concluait à une capacité de travail sur le marché primaire ;![endif]>![if> - un rapport du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 28 mars 2011 (rapport d'expertise à l'attention de l'assureur-accident), constatant une arthrose acromio-claviculaire droite invalidante post-traumatique, un cal vicieux après ostéosynthèse du tiers proximal de la clavicule droite et une claudication intermittente des deux membres inférieurs ; il précisait que la « mal position » de l'épaule droite était n'était pas source d'invalidité ; les plaintes concernant la plaque et le foyer de fracture étaient minimales ; en revanche, l'assuré souffrait d'une atteinte douloureuse de l'articulation acromio-claviculaire droite sur arthrose, ouvrant droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 5% ; selon l'expert, l'assuré aurait pu reprendre son travail de serveur à 50% le 4 mai 2009, et à 100% le 20 juin 2009.![endif]>![if> - un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), constatant l'absence d'aggravation au niveau de l'épaule et relevant qu'en ce qui concernait la problématique des membres inférieurs, des investigations avaient déjà été réalisées en 2009 et qu'à cet égard, les plaintes subjectives restaient sensiblement les mêmes et ne démontraient aucune aggravation de ce problème.![endif]>![if> 4. Le 25 septembre 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a suggéré à l'OAI la révision du dossier de son patient au terme d'un bref rapport attestant que celui-ci se plaignait toujours de douleurs importantes, avec une limitation des mouvements de l'épaule à 110° d'antépulsion et d'abduction. Le médecin émettait l'avis que l'évolution était stationnaire depuis des années et relevait par ailleurs les grandes difficultés linguistiques de l'assuré, pouvant entraver une reconversion professionnelle.![endif]>![if> 5. Un rapport d'imagerie du 24 mars 2014 a conclu à une cervicarthrose basse, à une discopathie thoracique moyenne modérée et à une épaule normale.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 25 mars 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une péjoration de la situation en expliquant que les douleurs étaient plus importantes et en ajoutant que l'assuré ne pouvait plus exercer son métier. Pour le reste, le médecin rappelle l'accident dont a été victime son patient, le fait qu'il a été opéré de la clavicule droite et qu'en avril 2008, il a également subi une opération des jambes pour raisons vasculaires. ![endif]>![if> 7. Ont alors été versés au dossier AI de l'assuré : ![endif]>![if> - un rapport établi par le docteur G\_\_\_\_\_ le 30 novembre 2011 à l'intention du service de l'office fédéral des migrations, mentionnant une « amélioration limitée par rapport à son angoisse et à son état dépressif » ; le médecin concluait à un trouble dépressif récurrent épisode moyen depuis septembre 2011, sous traitement, sans se prononcer sur la capacité de travail ;![endif]>![if>

- un rapport rédigé le 8 mars 2014 par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, faisant état d'une diminution de la sensibilité de la jambe droite sans rapport avec l'accident et préconisant d'éviter les mouvements effectués au-dessus du plan et les mouvements répétitifs de l'épaule droite, ainsi que le port de charge de plus de 5 kg ; le médecin émettait l'avis que l'assuré était capable d'effectuer normalement, sans difficulté, ni douleur, ni gêne, des travaux administratifs.![endif]>![if> 8. L'OAI a alors soumis le dossier de l'assuré à son SMR, qui a émis l'avis qu'une aggravation n'avait pas été rendue plausible, les médecins faisant état d'une « évolution stationnaire depuis des années ». Le SMR a rappelé que les difficultés linguistiques n'avaient pas à être prises en compte et relevé qu'il n'était pas contesté que l'assuré soit désormais dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle.![endif]>![if> 9. Le 23 septembre 2014, le médecin traitant de l'assuré a adressé un bref courrier à l'OAI l'informant que son patient ferait l'objet d'une nouvelle intervention chirurgicale en raison de sa mauvaise circulation (sans préciser quand).![endif]>![if> 10. Par décision du 11 novembre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible que son état de santé se serait modifié au point d'éventuellement changer son droit aux prestations.![endif]>![if> 11. Par écritures du 11 décembre 2014 et du 30 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI afin que ce dernier se détermine sur sa capacité résiduelle de travail et statue sur sa dernière demande de prestations, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière ou partielle, voire d'une mesure de reclassement professionnel.![endif]>![if> Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir jamais investigué les troubles psychiques évoqués par le Dr G\_\_\_\_\_. Il allègue que son état de santé s'est dégradé sur tous les plans et en veut pour preuve le courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 mars 2014, ainsi que d'autres documents médicaux, produits à l'appui de son recours, notamment : - un rapport établi le 13 janvier 2015 par le médecin radiologue I\_\_\_\_\_, concluant à une discarthrose marqué en L5-S1 avec des phénomènes inflammatoires de type MODIC I à droite et MODIC II à gauche, à un minime débord discal responsable d'un rétrécissement foraminal droit modéré sans argument formel pour un conflit radiculaire et à l'absence de canal lombaire rétréci ;![endif]>![if> - un rapport rédigé le 23 janvier 2015 par la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant que l'assuré souffre de douleurs au niveau de l'épaule droite et de lombalgies chroniques à mettre en relation avec la discarthrose, et émettant l'avis que, dans son état actuel, il pourrait exercer à 50% une activité adaptée, c'est-à-dire en position assise, n'impliquant ni déplacements importants ni port d'objets lourds ; ce médecin reconnaît qu'il lui est difficile de décrire comment a évolué l'état de santé de l'assuré depuis avril 2010 mais émet malgré tout l'avis qu'il semble y avoir eu une petite amélioration en ce qui concerne l'épaule droite et pas de changement en ce qui concerne les lombalgies et les douleurs intermittentes au niveau des membres inférieurs ;![endif]>![if> - un certificat médical rédigé le 2 février 2015 par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, indiquant qu'il suit le patient depuis le 23 décembre 2014 et qu'il conclut à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.![endif]>![if> - un rapport du docteur L\_\_\_\_\_ du 2 février 2015. ![endif]>![if> 12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 février 2015, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> 13. Par écriture du 11 mars 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions en faisant valoir qu'il appartient à l'OAI de procéder d'office aux examens nécessités par l'aggravation alléguée. Selon lui, les documents fournis dans le cadre du recours ne feraient

qu'attester de la détérioration effective de l'état de santé, aggravation qui serait antérieure à sa dernière demande de prestations. **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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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.

2. 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; 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; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations du recourant.

5. 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. 2 et 3 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. 2 et 3 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 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 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011).

6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 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).

7. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le

droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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 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).

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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; 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).

8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien 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 les références).

9. 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 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 11 novembre 2014 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 14 avril 2010 - date du dernier rejet après examen au fond.

En l'occurrence, l'atteinte principale au moment de la décision initiale était une fracture comminutive du tiers moyen de la clavicule et une luxation de l'articulation acromio-claviculaire à droite.

S'y ajoutaient des lombalgies sur discopathie L5-S1 assez marquée (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2008) et une insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade II (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2010). Or, force est de constater que la nouvelle demande de l'assuré repose sur les mêmes éléments médicaux que ses précédentes requêtes. En particulier, le Dr F\_\_\_\_\_, dans son certificat du 12 février 2014, qualifie l'évolution de l'état de santé de son patient de « stationnaire depuis des années ». Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il a certes mentionné la nécessité d'une nouvelle intervention des membres inférieurs, mais sans attester d'aucune dégradation durable sur ce plan. Il avait au demeurant déjà été tenu compte des limitations induites par cette affection par la limitation du périmètre de marche et la constatation que l'activité de serveur n'était plus exigible. Quant aux pièces médicales produites après la décision litigieuse, soit après le 11 novembre 2014, elles ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond. Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations s'il estime que les conditions réglementaires sont remplies. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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