

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/101/2018

ATAS/252/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 mars 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Le 1<sup>er</sup> octobre 2004, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), aide-plâtrier-peintre, a été polytraumatisé après s'être défenestré alors qu'il était fortement alcoolisé.
2. Par décision du 9 mars 2005 - contre laquelle l'assuré a formé une opposition déclarée irrecevable le 24 octobre 2005 -, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a pris en charge le cas, en réduisant néanmoins ses prestations de 50% au motif que l'accident était dû à une entreprise téméraire.
3. Parallèlement, le 5 avril 2006, l'assuré s'est également tourné vers l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui, par décision du 17 octobre 2007, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps, du 2 octobre 2005 - fin du délai d'attente - au 31 juillet 2006.

L'OAI avait tout d'abord pris en charge les frais de la formation de conducteur entamée par l'assuré au titre de reclassement professionnel, du 1<sup>er</sup> mai au 5 décembre 2006. Ce reclassement s'étant achevé sur un succès, il avait été mis fin au mandat de réadaptation.

L'OAI, considérant que l'assuré, dans une activité adaptée telle que celle dans laquelle il avait été reclassé, avait recouvré, à compter de mai 2006, une capacité de 75%, a comparé son revenu avant invalidité à celui qu'il pouvait réaliser désormais, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 10%.

La décision de l'OAI a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, plus particulièrement, les éléments suivants :

- une appréciation du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, du 10 octobre 2005, expliquant que l'accident avait eu pour conséquences : une fracture de la face à gauche - sans séquelles fonctionnelles au niveau oculaire -, des fractures de dents encore en traitement, une contusion myocardique - sans séquelles -, des fractures costales avec contusions pulmonaires - ne posant plus problème désormais (auscultation pulmonaire tout à fait normale) -, une déchirure de l'intestin grêle - qui avait évolué favorablement après intervention (cicatrisation et solidité de la paroi abdominale, pas de plaintes particulières aux niveaux intestinal ou hépatique) -, ainsi que des fractures complexes du bassin et une disjonction symphysaire et sacro-iliaque gauche traitées par ostéosynthèses ; si l'assuré ne se plaignait plus du rachis, il continuait à souffrir de la hanche gauche et d'une amyotrophie au niveau de la cuisse gauche ;
- un rapport de Monsieur C\_\_\_\_\_, technicien responsable auprès du service de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), indiquant à PRO INFIRMIS, en date du 10 février 2006, que le projet de reconversion de l'assuré dans une activité de conducteur de personnes était validé par le médecin qui le suivait ;

- un rapport du docteur D\_\_\_\_\_, du 3 mai 2006, retenant à titre de diagnostics un polytraumatisme avec fracture complexe du bassin, disjonction de la symphyse, disjonction sacro-iliaque gauche, fracture de l'os ethmoïde, contusion myocardio-hépatogrêlique, fractures de côtes à gauche, hématome du psoas, douleurs neurogènes du membre inférieur gauche et hernie inguinale bilatérale ; le patient se plaignait alors de douleurs diffuses aux niveaux de l'abdomen, de l'épaule droite, du membre inférieur gauche et de la hanche ; il était fait état d'une récupération lente ; le fracas important du bassin pouvait péjorer la station debout et la position assise, avec des douleurs du rachis lombaire surajoutées ;
  - un rapport du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 16 mai 2006, faisant état de fractures multiples ostéosynthésées et de douleurs neurogènes du membre inférieur gauche ; selon le médecin traitant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle franche et le pronostic était bon dans une activité sédentaire n'impliquant pas de charges physiques ; selon lui, une activité s'exerçant en position assise 4 h./jour et en position debout 2 h./jour, telle que celle de chauffeur routier, par exemple, était exigible ;
  - un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 23 mai 2006, concluant qu'après un an et demi d'évolution, l'exigibilité médicale était donc de 75% dans une activité adaptée ;
  - le rapport d'examen final du Dr B\_\_\_\_\_, du 21 juin 2006, à l'intention de la SUVA, concluant que la situation était désormais stabilisée ; il n'y avait en particulier plus de plaintes concernant le rachis cervico-dorso-lombaire ; aux niveaux du pelvis et de la hanche gauche, des douleurs persistaient, en relation avec la fracture du cotyle de la symphyse et de la disjonction sacro-iliaque gauche ; les radiographies ne montraient pas de changement par rapport à celles pratiquées une année auparavant, hormis l'apparition d'une coxarthrose gauche et une amyotrophie de la cuisse gauche ; l'assuré ne pouvait ni parcourir de longues distances à pied, ni marcher en terrain instable, ni monter ou descendre fréquemment des escaliers, ni travailler agenouillé ou accroupi, ni porter de charges moyennes à lourdes ; en revanche dans une activité adaptée, privilégiant la position assise, la capacité de travail pourrait être entière ; il était noté à cet égard que l'assuré souhaitait devenir chauffeur d'autocar ;
  - un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 31 juillet 2007 constatant qu'à l'issue du reclassement, le degré d'invalidité ne s'élevait plus qu'à 10%.
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.
  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.

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).
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 1<sup>er</sup> et le 20 mars 2015.
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 ».
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.

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.

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.

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

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

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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 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

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 LPGA), 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

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.



**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 27 novembre 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier d'entrer en matière et d'instruire la nouvelle demande de l'assuré.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
7. 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le