

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3510/2010

ATAS/416/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 avril 2011

3ème Chambre

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en 1959, opérateur informatique, a déposé en janvier 2003 une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant un décollement de la rétine gauche récidivant et une cataracte.
2. Le 10 février 2003, le Dr A_____, de la Clinique d'ophtalmologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG) a confirmé que l'assuré souffrait de décollements de rétine récidivants avec glaucome terminal de l'œil gauche et d'une cataracte du même œil dont il a précisé que le champ visuel était altéré. Le pronostic évolutif de l'œil droit était bon.
3. Par décision du 12 mai 2003, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures médicales à l'assuré.
4. En août 2004, ce dernier a déposé une demande d'orientation professionnelle, de reclassement, de placement ou de rente en invoquant une cécité presque totale de l'œil gauche.
5. Le 30 septembre 2004, le Dr B_____, de la Clinique d'ophtalmologie des HUG, a rempli un rapport concluant à une photo-émulsification de l'œil gauche en 2002 sur décollements de rétine récidivants (trois entre 2000 et 2002). Le médecin a estimé que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible sans diminution de rendement.
6. Sur question, le Dr B_____ a répondu à l'OAI, par courrier du 18 novembre 2004, que l'activité d'opérateur en informatique était possible depuis quelques années déjà à 100% sous réserve de l'évolution de l'état du patient.
7. Par décision du 10 février 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Il a par ailleurs estimé que des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à rétablir maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'assuré puisque ce dernier était en mesure d'exercer son activité habituelle à plein temps et plein rendement.
8. Le 19 mars 2010, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations en invoquant toujours sa cécité de l'œil gauche.
9. Interrogé par l'OAI, le Dr C_____, chef de la Clinique d'ophtalmologie des HUG, a confirmé dans un rapport daté du 10 juin 2010 que les décollements de rétine récidivants au niveau de l'œil gauche avaient conduit à la perte fonctionnelle de cet œil (après 7 opérations).

D'un point de vue médical, le médecin a estimé que l'activité exercée précédemment était toujours exigible. Questionné sur la capacité de travail de son patient, le médecin a expliqué que l'intéressé recherchait un emploi comme informaticien depuis une quinzaine d'année. Quant à la question de savoir si l'on pouvait attendre une reprise de l'activité professionnelle, le médecin a répondu par l'affirmative, à la condition que le patient puisse trouver un poste.

10. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (ci-après SMR) qui a émis l'avis que ses considérations précédentes étaient toujours d'actualité puisque l'assuré disposait d'une vision mono-oculaire et que sa capacité de travail était préservée à plein temps dans toute activité ne nécessitant pas une vision binoculaire.
11. Le 9 juillet 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa nouvelle demande de prestations.
12. Le 7 septembre 2010, l'assuré a contesté ce projet en alléguant ne disposer d'aucun diplôme en tant qu'opérateur informaticien puisque sa seule formation en la matière a été faite en cours d'emploi. Il a expliqué avoir travaillé jusqu'à son licenciement économique, fin 1991, et n'avoir pu retrouver d'emploi depuis lors. Il a fait remarquer qu'au vu de l'évolution technique survenue depuis 1991, il ne serait quoi qu'il en soit plus capable d'assumer un tel poste, en admettant même qu'il existe encore. Il a ajouté que son œil droit se fatigue rapidement en raison d'une très forte myopie et d'une cataracte, ce qui risque de dissuader tout employeur potentiel. Enfin, il a expliqué s'être occupé à plein temps de son père, âgé et totalement dépendant, durant les trois dernières années et a redemandé à être mis au bénéfice de mesures de réinsertion ou de réadaptation professionnelle.
13. Le 17 septembre 2010, l'OAI a rendu une décision intitulée "refus d'entrée en matière" mais dont le dispositif concluait au rejet de la nouvelle demande de prestations. L'OAI a repris la motivation figurant dans son projet de décision en ajoutant que l'assurance chômage était en principe compétente en cas de manque à gagner résultant d'une absence de contrat de travail.
14. Par écriture du 13 octobre 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal des assurances sociales alors compétent.

Le recourant explique avoir travaillé de 1982 à 1984 en tant qu'employé de laboratoire, puis, jusqu'en octobre 1990 en qualité d'opérateur pupitreur d'ordinateurs formé en cours d'emploi. Il a ensuite été licencié au début des années 1990. Après avoir bénéficié des indemnités de chômage et d'un emploi temporaire, il n'a plus retrouvé de poste.

Reprenant pour le reste l'argumentation déjà développée dans son opposition au projet de l'OAI, le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat médical établi le 17 septembre 2010 par le Dr D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, qui le suit depuis novembre 2007. Il en ressort qu'un examen ophtalmologique pratiqué le 16 juillet 2010 a montré une acuité visuelle de loin de 1,0 partiel avec -12,25 à l'œil droit, lequel a été décrit comme montrant une papille nette, une macula sèche, un décollement postérieur du vitré partiel, dénué de toute lésion rétinienne visible et laissant seulement apparaître quelques cicatrices laser en temporal.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 novembre 2010, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que l'assuré n'a pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis qu'a été rendue la première décision de refus de prestations.

L'intimé a expliqué avoir soumis le certificat médical produit par le recourant à son service médical, lequel a estimé que les seuls faits nouveaux étaient le décollement partiel du vitré et l'existence d'une myopie importante à l'œil droit. La Dresse E_____, du SMR, a suggéré de demander au Dr D_____ un rapport médical détaillé afin de pouvoir se déterminer en toute connaissance de cause.

16. Interrogé par le Tribunal, le Dr D_____ a répondu le 23 décembre 2010.

Le médecin explique que son patient se plaint d'un éblouissement au soleil, de difficultés à voir de près et de loin et indique ne pouvoir regarder un film jusqu'à la fin à la télévision.

Pour le reste, le médecin reprend les explications déjà données dans son certificat médical du 17 septembre 2010 et précise les diagnostics posés : perte de la fonction oculaire de l'œil gauche, haute myopie bilatérale, status post traitement laser rétinien des deux côtés, status après six interventions (vitrectomies) pour décollements de rétine récidivants et mise en place d'huile de silicone dans la cavité vitréenne de l'œil gauche, aphakie post-opération de cataracte de l'œil gauche, hypertension oculaire gauche traitée, ulcère cornéen profond à l'œil gauche sous surveillance et photophobie.

Le médecin souligne qu'il n'y a pas lieu d'espérer une amélioration de l'état du patient qui ne pourra qu'aller en s'aggravant. Il décrit la perte de la fonction oculaire à gauche comme irréversible et précise que le status n'est toujours pas calme en raison d'un ulcère cornéen profond susceptible de devoir envisager une énucléation.

Le médecin indique que l'assuré est incapable de se livrer à des travaux de précision eu égard à l'absence de vision binoculaire. S'agissant de la capacité résiduelle de

travail de son patient, le médecin a indiqué qu'un taux d'occupation de 50 % ne lui paraissait pas exagéré. A cet égard, il a suggéré d'encourager l'assuré à trouver une activité adaptée à son état c'est-à-dire non pénible physiquement. Il a exclu le travail à l'écran et le travail de bureau (climatisation, poussière) et les activités se pratiquant en extérieur (vent, froid, pollution).

Enfin, le médecin a qualifié l'atteinte de son patient d'importante, durable et susceptible de complications.

17. La Dresse E_____, du SMR, a qualifié ces explications de claires et a indiqué pouvoir y adhérer. Elle a néanmoins souhaité interroger une nouvelle fois le médecin sur la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle d'opérateur en informatique et la date du début de l'incapacité de travail.
18. Interrogée sur ces points, le Dr D_____ a indiqué en date du 4 mars 2011 que l'assuré ne pourrait exercer son activité habituelle qu'à raison de deux heures consécutives au maximum et ce, depuis le 29 janvier 2001.
19. La Dresse E_____ a fait remarquer que la date de survenance de l'invalidité indiquée par le médecin est antérieure à la décision de l'OAI du 10 février 2005 entrée en force. Elle s'est dès lors posé la question de savoir si la capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée avait diminué depuis 2005, comment avait évolué la situation depuis lors et s'il s'agissait en l'occurrence d'une appréciation différente d'un même état de fait.
20. Par courrier du 29 mars 2011, l'intimé s'en est donc remis à la justice.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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^{er} 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^{er} 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 c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.
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. A cet égard, l'administration se

montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 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 ou de l'impotence 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 ou l'impotence 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 ou une impotence 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

9. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire

lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

10. En l'espèce, il est désormais admis que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, ainsi que l'a reconnu le médecin du SMR. En revanche, la Cour de céans, en l'état, ne dispose pas des éléments suffisants pour déterminer quelle est exactement l'influence de cette aggravation sur la capacité de gain de l'intéressé. Il conviendrait d'investiguer la question de manière plus approfondie, par exemple en réinterrogeant le Dr D_____ et en requérant la production de l'intégralité du dossier de l'assuré auprès de la Clinique d'ophtalmologie pour établir quelle a été exactement l'évolution de son état depuis la décision rendue par l'intimé en février 2005. Il y aura également lieu de déterminer quelles activités concrètes sont susceptibles de convenir à l'assuré et si des mesures de réadaptation pourraient être indiquées.

La cause n'étant, de l'avis de la Cour de céans, pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 17 septembre 2010
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Renonce à percevoir l'émolument.
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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

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