

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1731/2013

ATAS/1085/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 novembre 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur H \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, représenté par le  
CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant somalien né en 1977 et arrivé en Suisse le 30 novembre 1996, a travaillé à plein temps du 31 août 2000 au 30 avril 2002 en qualité d'ouvrier non qualifié en maroquinerie.
2. Le 5 décembre 2003, il a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestation invoquant l'amputation de son membre inférieur gauche à mi-cuisse suite à une blessure par arme à feu survenue le 16 décembre 1991. Etant précisé qu'en date du 17 juillet 1998, l'assuré a subi une reprise chirurgicale de son moignon afin de traiter les douleurs occasionnées par une extrémité osseuse de son fémur qui pointait sous la peau au niveau de la cicatrice du moignon.
3. Dans plusieurs rapports datés respectivement des 8 novembre 2001, 6 décembre 2001, 11 avril 2002 et 27 août 2002, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué des lombalgies gauches en lien avec une attitude scoliotique et une bascule du bassin gauche, dans un contexte de surcharge mécanique (dos et genou droit) due à la prothèse de son membre inférieur gauche. Les lombalgies étaient exacerbées en position assise prolongée, dans un contexte de troubles statiques liés à une prothèse inadaptée. L'incapacité de travail était totale du 13 au 24 août 2001, du 11 septembre au 18 novembre 2001 et du 3 décembre 2001 au 27 août 2002, et de 50% du 19 novembre au 2 décembre 2001. La nécessité de changer ou d'adapter la prothèse de l'assuré était mentionnée dans chacun de ces rapports.
4. Dans deux rapports des 27 janvier et 25 avril 2003, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une lombalgie bilatérale à prédominance droite sur dysbalance lombo-pelvienne due à son amputation du membre inférieur gauche à mi-cuisse et à sa prothèse. L'incapacité de travail était totale du 13 août 2001 au 18 novembre 2001 et du 3 décembre 2001 au mois de septembre 2003, et de 50% du 19 novembre 2001 au 2 décembre 2001. Le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé l'apparition de douleurs et d'une impotence fonctionnelle dès dix minutes de marche au niveau du moignon et lombaire. Il était selon lui probable que malgré une prothèse adaptée, l'assuré ne retrouve pas sa capacité de travail antérieure dans sa profession.
5. Dans un rapport du 14 janvier 2004, les Drs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques et en médecine interne générale, du département de médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les « HUG ») ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une amputation du membre inférieur gauche à mi-cuisse en 1991, un status post-reprise chirurgicale du moignon en 1998 et un syndrome de stress post-traumatique

diagnostiqué en 1996. Ils ont également diagnostiqué une rhino-conjonctivite allergique (pollen de graminées) connue depuis l'adolescence, sans répercussion sur la capacité de travail. Les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont retenu une incapacité totale de travail du 28 mai 2001 au 31 décembre 2003 dans l'activité d'ouvrier en maroquinerie, étant précisé qu'une meilleure adaptation de la prothèse de la jambe gauche pouvait améliorer la capacité de travail. Ils ont également préconisé une réorientation professionnelle dans un domaine permettant à l'assuré de travailler en position semi-assise – devant un ordinateur par exemple – sans la gêne de la prothèse. Une amélioration partielle de l'état de santé de l'assuré pouvait être obtenue par une adaptation de la prothèse et la mise en place de moyens auxiliaires complémentaires, comme le port d'une canne adaptée aux déplacements et un siège spécial permettant d'éviter les positions incongrues sur le lieu de travail. Dans l'annexe à ce rapport, les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont considéré que l'atteinte à la santé avait pour conséquence une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré, celle-ci n'étant plus exigible à l'avenir. Dans cette activité, le rendement était nul. Dans une activité adaptée, il était estimé à 50%. On pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une nouvelle activité, pour autant qu'elle n'implique pas de station debout prolongée ni de déplacement ou de marche sur de courtes distances, en raison de l'exacerbation des plaintes et de la douleur au niveau de l'appui prothétique. La place de travail devait être suffisante pour permettre de mobiliser la prothèse et le membre supérieur droit, un espace de travail trop exigü ou un sol instable demeurant formellement contre-indiqués.

6. Par courrier du 26 février 2004, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que le travail en maroquinerie ne convenait plus à l'assuré car, selon ce dernier, les positions de travail étaient associées à des douleurs mécaniques dues à une posture incongrue et un manque de place pour la prothèse de la jambe gauche. Toujours selon l'assuré, la nouvelle activité devait être exercée en position assise et à 50% en raison du fait que le travail en position assise devait être régulièrement interrompu dans le but de se mobiliser et changer de position.
7. Par avis du 8 mars 2004, le SMR a admis que les fréquents changements de positions permettaient d'admettre une baisse de rendement de 20% environ.
8. Dans un rapport du 27 avril 2005 établi par le Centre d'Intégration Professionnelle de l'Assurance-Invalidité (ci-après : le COPAI), l'assuré a été considéré comme étant capable de travailler six heures par jour, avec un rendement de 80%, au terme d'une période d'adaptation, dans les postes d'employé de bureau pour des activités basiques, d'ouvrier à l'établi, le domaine de la maroquinerie pouvant être maintenu et d'employé dans le conditionnement. L'assuré n'était pas en mesure de travailler en position debout, à genoux, accroupie ou avec le buste incliné. Tous les travaux en hauteur ou sur une échelle étaient à éviter. La position assise ne pouvait pas être maintenue durablement (environ une heure au maximum) sans la possibilité d'alterner les positions ou de bouger, et même avec ces aménagements, une journée

entière de travail ne pouvait être envisagée. La recherche régulière d'une position confortable par l'assuré influençait sa production. L'assuré était beaucoup plus intéressé par une formation dans le domaine de l'informatique et n'a démontré qu'un intérêt modéré pour les orientations proposées.

9. Dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI a estimé, se fondant sur un avis du SMR du 8 mars 2004, que sa capacité de travail était totale avec une baisse de rendement de 20% dans une activité assise lui permettant des changements fréquents de position. Selon l'OAI, au cours de son stage auprès du COPAI, l'assuré n'avait jamais démontré une grande motivation ou un grand intérêt dans l'accomplissement des tâches qui lui avaient été proposées. Il a estimé que les conclusions du COPAI avaient été fortement influencées par le manque de motivation de l'assuré et qu'il convenait dès lors de s'en écarter.
10. Par décision du 2 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré en ce qui concerne le droit à une rente invalidité.
11. Par décision du 3 novembre 2005, l'OAI a également refusé le reclassement de l'assuré, lui indiquant toutefois que si celui-ci en faisait la demande, il pourrait bénéficier de son service de placement.
12. Par acte du 30 novembre 2005, l'assurée a formé opposition contre la décision du 2 novembre 2005, alléguant que son handicap ne lui permettait pas d'exercer une activité avec un rendement de 80%.
13. Par décision sur opposition du 7 décembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 2 novembre 2005.
14. En date du 22 août 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI invoquant des douleurs liées à sa prothèse et des allergies.
15. Dans un rapport du 5 octobre 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que depuis février 2009, l'assuré la consultait pour des difficultés avec sa prothèse, notamment en raison d'une irritation de la peau due au frottement de la prothèse contre le moignon. Plusieurs adaptations de la prothèse avaient été réalisées mais sans succès en raison d'un moignon très court qui ne permettait pas un accrochage optimal. Si l'assuré portait sa prothèse toute la journée, il en résultait une abrasion importante de la peau qui se transformait en ulcère sous-cutané important s'il ne respectait pas des périodes de plusieurs heures par jour sans porter sa prothèse. Il existait un risque infectieux non négligeable au niveau du moignon, en lien avec l'ulcération. En juin 2009, lorsque l'assuré travaillait de manière temporaire à plus de 50%, la Dresse P\_\_\_\_\_ avait pu constater l'apparition d'une plaie de cinq centimètres de diamètre, rouge avec abrasion cutanée puis cloquage, pour lesquelles différentes techniques de soins locaux (talc, séchage à l'air, traitements utopiques) s'étaient révélées inefficaces.

L'unique solution ayant permis une guérison était l'instauration de période de repos sans la prothèse, ce qui était impossible sur son lieu de travail, en raison d'une instabilité trop grande à la mobilisation. Une discussion avec son employeur avait permis de réduire le temps de travail à 50%, afin de permettre les périodes de repos nécessaires. Cela avait conduit à la guérison des atteintes liées au frottement de la prothèse sur le moignon. Malheureusement, l'assuré n'avait pu obtenir un poste fixe à ce taux d'activité. Compte tenu de ces éléments, la Dresse P\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était inenvisageable que l'assuré travaille à 80% comme l'OAI l'avait retenu. Un travail assis à 50% lui paraissait en revanche tout à fait envisageable, les périodes de repos lui permettant de retirer sa prothèse et d'éviter le frottement et l'ulcération cutanée. Un travail debout était inenvisageable en raison des problèmes statiques de l'assuré. Enfin, il était précisé que l'utilisation de moyens auxiliaires, tels qu'une chaise ou un coussin, ne permettraient probablement pas d'éviter le frottement de la prothèse sur le moignon, ce qui avait été confirmé par le prothésiste.

16. Suite à la requête de l'OAI, le SMR a, par avis du 8 décembre 2012, considéré que le rapport du 5 octobre 2012 de la Dresse P\_\_\_\_\_ ne rendait plausible aucune aggravation durable de l'état de santé de l'assuré.
17. Dans un projet de décision du 7 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestation du 22 août 2012. S'appuyant sur l'avis du SMR du 8 décembre 2012, il a considéré qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été rendu plausible depuis sa dernière décision. Il ne pouvait ainsi entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation.
18. Par courrier du 21 janvier 2013, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI et l'avis du 8 décembre 2012 du SMR. Selon lui, le rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2012 était très explicite quant aux problèmes occasionnés par le port de sa prothèse sur son moignon et au fait que son taux d'activité ne pouvait excéder 50% dans une activité adaptée.
19. Par avis du 1<sup>er</sup> mai 2013, la Dresse Q\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que contrairement à ce que soutenait la Dresse P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 octobre 2012, l'instauration de longues périodes de repos sans prothèse n'était pas l'unique solution pour soigner l'assuré. En effet, selon elle, dans un poste adapté (sédentaire), on pouvait envisager qu'au besoin l'assuré devrait pouvoir travailler et se rendre sur son lieu de travail sans porter sa prothèse. En outre, à la lecture du dossier, aucune raison d'ordre médical objective ne permettait de s'écarter de l'avis du SMR rendu en 2005. L'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation durable de son état de santé pouvant modifier de façon manifeste sa capacité de travail.

20. Par décision du 6 mai 2013, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestation, considérant qu'il ne peut entrer en matière. En effet, le rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2012 n'apportait aucun élément qu'il ignorait et ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis sa décision du 7 décembre 2006. En outre, les éléments fournis par l'assuré dans son courrier du 21 janvier 2013 avaient été soumis au SMR, lequel était du même avis.
21. Par acte du 30 mai 2013, le recourant interjette recours contre ladite décision auprès de la Cour de céans. Il requiert la dispense du paiement d'une avance de frais en raison du fait qu'il est au bénéfice de l'assistance publique, l'annulation de la décision précitée, la reconnaissance de son invalidité à hauteur de 50% à compter de sa demande de prestation du 22 août 2012 et, subsidiairement, la mise sur pied d'une expertise devant déterminer son degré d'invalidité et l'opportunité d'éventuelles mesures de réadaptation. Le recourant fait état d'une aggravation de son état de santé et conteste les conclusions du SMR.

Le recourant s'appuie en particulier sur le rapport du 27 mai 2013 de la Dresse P\_\_\_\_\_. Ce rapport reprend en grande partie l'analyse et les conclusions figurant dans le rapport du 5 octobre 2012. Il y est toutefois précisé que les atteintes à la santé du recourant en lien avec le frottement de la prothèse sur le moignon constituent des faits nouveaux depuis la décision de l'intimé du 7 décembre 2006.

A l'appui de son recours, il produit également un rapport du 7 mai 2012 établi par la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil auprès de l'Hospice général, laquelle retient une incapacité de travail de 50% et préconise qu'une demande soit déposée auprès de l'intimé en vue d'obtenir une demi-rente d'invalidité et des mesures de réadaptation professionnelle.

22. Par acte du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il relève que les rapports des 5 octobre 2012 et 27 mai 2013 établi par la Dresse P\_\_\_\_\_ sont identiques. Le SMR a considéré dans ses avis que l'état du recourant ne s'était pas « notablement détérioré ». Le rapport du 14 janvier 2004 attestait déjà que la capacité de travail du recourant n'était que de 50% dans une activité sédentaire. Par décision du 2 novembre 2005, il avait refusé le droit à la rente au motif qu'une activité adaptée pouvait être exercé à 80%. Suite à l'opposition du recourant, cette décision avait été confirmée par décision du 7 décembre 2006, entrée en force, faute de recours.
23. A la suite de quoi 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 9 octobre 2009 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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. 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 130 V 229, consid. 1.1 ; 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).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5<sup>ème</sup> révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'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) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6<sup>e</sup> révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

4. Interjeté dans les forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis le 7 décembre 2006 au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. A titre liminaire, il convient cependant de déterminer si la décision litigieuse constitue une décision de non-entrée en matière malgré la terminologie employée par l'intimé ou s'il s'agit au contraire d'une décision sur le fond, rejetant la demande de prestations.

a) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

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 demande de révision, 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).

b) La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'article 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de

l'article 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le TFA n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples ("einfache Abklärungshandlungen", ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid.3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (ATFA non publié I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

A cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater *prima facie* l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics – son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus.

Finalement, il faut garder à l'esprit que la procédure sommaire prévue par l'article 87 al. 3 RAI ne doit pas être vidée de son sens. Le règlement instaure un système dans lequel une demande de révision présentée par l'assuré peut être écartée après un examen sommaire, ce qui ne signifie pas que la moindre analyse ou mesure d'instruction à laquelle aurait procédé l'administration revienne automatiquement à une entrée en matière implicite. En revanche, cette procédure simplifiée ne doit pas

non plus être comprise par l'administration comme l'autorisant à écarter d'emblée et hâtivement toutes les demandes de révision présentées par les assurés au motif que la modification des circonstances n'a pas été rendue plausible. S'il n'est pas possible de tracer abstraitement une limite précise entre les deux situations, il convient d'examiner au cas par cas si l'examen – par l'OAI lui-même ou par les spécialistes interpellés dans le cadre des mesures d'instruction admissibles – de la plausibilité reste sommaire ou si, au contraire, il s'étend à des considérations plus fouillées en relation avec la modification des circonstances ou des effets de celle-ci sur la capacité de travail ou de gain.

c) 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. En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 22 août 2012, invoquant des douleurs liées à sa prothèse et des allergies. Par la suite il a communiqué à l'intimé un rapport daté du 5 octobre 2012 établi par la Dresse P\_\_\_\_\_ faisant état de problèmes de santé liés au frottement de sa prothèse sur le moignon et de la nécessité de réduire son taux d'activité à 50%. L'intimé a requis l'avis du SMR, lequel a considéré, le 8 décembre 2012, que le recourant ne rendait pas plausible une aggravation durable de son état de santé. Le 7 janvier 2013, l'intimé a adressé au recourant un projet de décision de rejet de demande de prestation, justifiant ce rejet par le fait qu'aucune aggravation de son état de santé n'avait été rendu plausible depuis sa dernière décision. Il ne pouvait dès lors pas entrer en matière sur la nouvelle demande du 22 août 2012. Suite à la contestation du projet de décision par le recourant en date du 21 janvier 2013, l'intimé s'est une nouvelle fois adressé au SMR. Ce dernier a rendu un avis le 1<sup>er</sup> mai 2013 dans lequel il a considéré que l'instauration de longues périodes de repos sans prothèse n'était pas l'unique solution pour soigner l'assuré, celui-ci pouvant au besoin travailler et se rendre au travail sans sa prothèse dans un poste sédentaire. Aucune aggravation durable de l'état de santé ayant un effet sur la capacité de travail n'avait en outre été rendue plausible. Le 6 mai 2013, se fondant sur cet avis, l'intimé a rejeté la demande de prestation du recourant par décision du 22 août 2012.

---

Au vu de ce qui précède, force est de constater que, malgré la formulation erronée de la décision du 6 mai 2013 qui rejette la demande de prestation du recourant, celle-ci est en réalité une décision de refus d'entrer en matière. En effet, en saisissant le SMR, l'OAI a procédé à des investigations non pas approfondies mais sommaires, portant sur le caractère plausible de l'aggravation de la santé. Les problèmes de santé exposés par le rapport du 5 octobre 2012 de la Dresse P\_\_\_\_\_ n'ont pas été traités sur le fond. Par ailleurs, tant l'intimé que le SMR ont systématiquement indiqué qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'avait été rendue plausible, ce qui constitue la question centrale à laquelle l'intimé devait répondre afin de décider soit d'entrer en matière puis d'examiner le fond du litige, soit de refuser d'entrer en matière.

Par conséquent, en application de la jurisprudence, et notamment de l'ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006, il y a lieu de qualifier la décision du 6 mai 2013 de décision de non-entrée en matière, malgré la terminologie employée.

8. Reste à déterminer si le recourant – au moment de la décision litigieuse – avait rendu plausible une modification de son état de santé et partant, si l'intimé se devait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

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).

9. En l'espèce, la Cour de céans constate que le recourant a transmis à l'intimé un rapport daté du 5 octobre 2012 de la Dresse P\_\_\_\_\_ afin de documenter les problèmes occasionnés par le frottement de sa prothèse sur son moignon (abrasion importante de la peau, ulcère sous-cutané et risques infectieux), avant qu'elle ne rende la décision querellée.

Ce rapport, complété par celui du 27 mai 2013, décrit précisément les conséquences des frottements de la prothèse sur le moignon du recourant. Il est également précisé que la prothèse ne semble plus pouvoir être adaptée par le prothésiste pour, à tout le moins, améliorer la situation. Force est également de constater que si la Dresse P\_\_\_\_\_ critique la précédente décision de l'intimé, elle le fait à la lumière d'éléments nouveaux. En réalité, elle fait état de l'existence de nouveaux problèmes de santé qui réduiraient la capacité de travail du recourant à 50%, en lieu et place

des 80% retenu jusqu'à présent par l'intimé. Certes, des problématiques de frottement de la prothèse sur le moignon sont évoquées dans le dossier. Toutefois, il convient de considérer comme plausible l'aggravation de l'état de santé du recourant dans la mesure où l'apparition d'ulcères sous-cutanés et de plaies est relevée pour la première fois. En outre, il ressort du dossier que la taille réduite du moignon du recourant a nécessité de nombreuses adaptations et tentatives infructueuses d'amélioration de la fixation de la prothèse au fil des années. Désormais, aux dires de la Dresse P\_\_\_\_\_, qui s'est entretenue avec le prothésiste, aucune amélioration de la fixation de la prothèse ne peut plus être apportée, ce qui permet de considérer comme plausible une aggravation durable de l'état de santé du recourant.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin que celui-ci entre en matière sur le fond de la demande de prestation du 22 août 2012, dans les meilleurs délais.
11. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69al.1 bis LAI.

Pour le surplus, le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA; RS E 5 10.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement, dans le sens des considérants.
3. Annule la décision du 6 mai 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière et rende une nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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