RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1731/2022 **ATAS/878/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 octobre 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VEYRIER, représenté par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Monique STOLLER FÜLLEMAN et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1972, a déposé, en date du 17 janvier 2018, une demande de prestations invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Il alléguait être en incapacité de travail à 100 %, depuis le 7 mars 2016, en raison d'une hernie discale et de lombalgies consécutives à un accident et était suivi par les médecins traitants B_____, généraliste, et C_____, neurochirurgien.

c. En date du 6 octobre 2020, l'OAI a rendu une décision de rente d'invalidité limitée et de refus de mesures professionnelles. Une rente entière d'invalidité était octroyée pour la période du 1er juillet 2018 au 30 novembre 2019 ; le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de monteur d'échafaudage de l'assuré était de 100 %, dès le 7 mars 2016, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé était de 100 % dès le 1er septembre 2019. À l'échéance du délai d'attente, soit le 7 mars 2017, l'incapacité de gain se confondait avec l'incapacité de travail de 100 %. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en date du 7 janvier 2018, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1er juillet 2018. Au vu de l'exigibilité retenue à 100 % dans une activité adaptée, dès le 1er septembre 2019, la comparaison des gains sans invalidité et avec invalidité aboutissait à une perte de gain de 0 % qui n'ouvrait pas le droit à la rente.

d. L'assuré n'a pas recouru contre la décision du 6 octobre 2020 qui est entrée en force.

e. En date du 3 novembre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations invalidité en indiquant que la date de l'incapacité de travail était le 7 mars 2016 et qu'elle se poursuivait jusqu'à l'heure actuelle, à 100 %. Concernant l'atteinte à la santé, il était fait mention de lombosciatalgies déficitaires L5-S1 sévères, ainsi que d'une dystonie post-traumatique et d'une impotence fonctionnelle quasi-totale du MIG sur probables lésions nerveuses postopératoires, le tout en lien avec l'accident du 7 mars 2016. Le médecin traitant indiqué était le Dr B_____. Sous la rubrique « affections », il était notamment indiqué « aucun problème majeur hormis les suites de l'accident de travail du 7 mars 2016 ».

f. Sur demande de l'OAI, destinée à instruire l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision, ce dernier a fourni un rapport médical du Dr B_____, reçu le 8 décembre 2021, et posant les diagnostics de lombosciatalgies L5-S1 post-traumatiques, réfractaires au traitement, en aggravation ; dystonie post-traumatique du MIG ; status après opération d'une

hernie discale L5 – S1 gauche, post-traumatique, le 15 juin 2016 ; status après arthrodèse L5 –S1 mini invasive, le 17 mars 2017 ; état dépressif réactionnel sévère. Le médecin traitant ajoutait qu'après l'accident et les opérations rachidiennes effectuées, la situation clinique du patient ne s'était pas améliorée. Depuis l'été 2021, malgré les traitements administrés, la situation avait continué de se dégrader entraînant des lombosciatalgies gauches plus sévères ; des difficultés de la marche croissantes ; plusieurs chutes survenues par des lâchages du MIG ; des lumbagos survenus sur la voie publique ; un besoin d'aide pour certaines activités de la vie courante nécessitant une mobilisation du rachis et un état dépressif sévère, avec manifestations d'agressivité vis-à-vis des proches et trouble sévère de la mémoire, un suivi psychologique étant en cours. Il était encore ajouté qu'une nouvelle évaluation neurologique était prévue le 6 décembre 2021.

g. Le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a examiné le rapport du Dr B_____ et a relevé, sous la plume du docteur D_____, en date du 15 février 2022, que le médecin traitant avait rappelé les atteintes déjà connues lors de la précédente instruction médicale, après le dépôt de la première demande de prestations invalidité et que comme par le passé, le médecin traitant retenait une incapacité de travail totale dans toute activité, s'écartant ainsi de l'appréciation des spécialistes en orthopédie et psychiatrique qui avaient déjà attesté d'une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, dès le mois de septembre 2019. En conclusion, le SMR considérait que le médecin traitant ne renseignait pas d'éléments médicaux objectifs parlant pour une aggravation de l'état de santé, ni de nouveau diagnostic susceptible de justifier une appréciation différente de l'exigibilité entière retenue dans une activité adaptée. Dès lors, les conclusions du SMR telles qu'elles avaient été communiquées le 15 octobre 2019 restaient valables.

B. **a.** Par projet de décision du 15 février 2022, l'OAI a décidé, en se fondant sur le rapport du SMR du même jour, de ne pas entrer en matière sur la demande de l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié après le 6 octobre 2020, date à laquelle l'OAI avait rendu une décision de rente, suite au dépôt de la première demande de prestations de l'assuré.

b. En l'absence de remarques de l'assuré, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, le 14 avril 2022, en reprenant la motivation du projet de décision du 15 février 2022.

C. **a.** Par courrier posté le 23 mai 2022, l'assuré a recouru contre la décision du 14 avril 2022, contestant les conclusions de l'OAI selon lesquelles son état de santé ne s'était pas détérioré depuis la dernière décision, en se fondant sur le rapport médical du Dr B_____ du 3 décembre 2021. En annexe à son recours, il joignait un rapport du 25 novembre 2021, soit un bilan physio-thérapeutique établi « A qui de droit » par la physiothérapeute E_____, décrivant la situation algique, la

situation cutanée, la situation sur le plan articulaire, sur le plan musculaire et sur le plan fonctionnel et indiquant le traitement physio-thérapeutique réalisé. En conclusion, il était demandé de poursuivre les séances de physiothérapie dès lors qu'il n'y avait eu aucune progression.

b. Dans sa réponse du 23 juin 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'assuré n'avait pas, de manière générale, rendu plausible une aggravation de son état de santé et rappelant que l'administration devait se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'était écoulé depuis sa décision antérieure était bref. En l'état, la seule pièce médicale décrivant une aggravation de l'état de santé de l'assuré était le rapport médical du Dr B_____ que ce dernier avait fourni et qui avait été reçu le 8 décembre 2021. Ledit rapport médical indiquait les atteintes connues et prises en compte lors de la décision précédente et aucun nouvel élément objectif n'était apporté pour indiquer une aggravation de l'état de santé.

c. Par réplique du 25 juillet 2022, le mandataire de l'assuré a fait valoir que le rapport médical du Dr B_____ du 3 décembre 2021 montrait que les diverses atteintes s'étaient aggravées. Il était fait mention du rapport médical de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) du 9 septembre 2019 [recte : du 4 septembre 2019] rédigé par le docteur F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, qui préconisait, en page 9 du rapport, l'utilisation d'une semelle orthopédique en vue d'améliorer sa capacité de gain et qui, lors de l'examen clinique, en page 7 du rapport, avait mentionné que le déshabillage s'effectuait sans aide.

d. Par duplique du 10 août 2022, l'OAI a relevé que contrairement à ce qu'indiquait le conseil du recourant, les éléments mentionnés par le Dr B_____ étaient bel et bien existants avant la dernière décision rendue et avaient été pris en compte dans l'évaluation médicale. En effet, à la lecture notamment du rapport du centre de la douleur des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 20 février 2020, il était manifeste que la situation médicale était parfaitement comparable, que ce soit sur le plan anamnestique ou médicalement objectif. Étaient ainsi rapportés la recrudescence des douleurs après intervention, les chutes, le repli social, les difficultés dans le quotidien et le ménage ainsi qu'une baisse de la thymie. Dès lors, l'OAI persistait à constater que le rapport du médecin traitant ne décrivait pas d'aggravation objectivée, ni de nouvelles limitations fonctionnelles, de sorte que la situation décrite était comparable à l'état existant lors de la dernière décision rendue.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

4. **4.1** Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

4.2 L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.) 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'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 108 consid. 2b p. 114).

4.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - 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 al. 3 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 p. 269 s.). 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 plausibles les faits allégués.

5. 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).

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).

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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68,

arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). 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 (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). 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).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. **7.1** En l'espèce, conformément à la jurisprudence précitée, seules les pièces médicales présentes dans le dossier du recourant tel qu'établi au moment du prononcé de la décision, soit le 14 avril 2022, peuvent être prises en considération. Dès lors, il ne sera pas tenu compte du rapport de physiothérapie transmis par le recourant dans le cadre de la procédure de recours, étant précisé que ledit rapport n'apporte aucun élément objectif quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant et n'est, de surcroît, pas rédigé par un médecin.

En se fondant sur le rapport de son médecin traitant, le recourant prétend que son état de santé s'est aggravé depuis le prononcé de la dernière décision, en mentionnant qu'il a besoin de l'aide de tiers pour certaines activités de la vie courante, qu'il a des difficultés pour marcher, qu'il a été victime de plusieurs chutes sur la voie publique et qu'enfin il souffrirait d'un état dépressif sévère.

Selon le rapport du SMR, le médecin traitant de l'assuré n'a fait que rappeler les atteintes connues tout en s'écartant de l'appréciation des spécialistes en orthopédie et psychiatrique qui avaient attesté d'une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée dès septembre 2019.

7.2 Dans le cadre de la précédente demande, le rapport de consultation ambulatoire de la douleur, rédigé aux HUG en date du 20 février 2020 et signé par les doctoresses G_____, coresponsable du Centre douleurs, et H_____, cheffe de clinique, ainsi que par le docteur I_____, médecin interne, fait déjà état d'une « péjoration des douleurs jusqu'à ce jour » et de la « persistance de ses douleurs et l'absence de changement depuis sa dernière consultation ambulatoire multidisciplinaire de la douleur » (page 1, rapport). De même, s'agissant des

difficultés pour la marche et des chutes il est indiqué que « ses douleurs ont une répercussion majeure sur le quotidien du patient en raison d'une instabilité à la marche et des nombreuses chutes survenues par le passé », « le patient décrit ne sortir de chez lui qu'un court instant par peur de chuter » (page 2, rapport). En ce qui concerne l'isolement social et les difficultés dans le quotidien et le ménage, le rapport indique, page 2, « le reste du temps, il reste à domicile et décrit une participation minime aux tâches ménagères qui sont essentiellement assurées par sa compagne ». « Les douleurs ont également conduit le patient à un isolement certain avec un retrait social et une perte de contact avec de nombreux amis et anciens collègues ». Enfin, sur la question de la thymie, le rapport indique, en page 2, que le recourant « mentionne une baisse importante de la thymie depuis son arrêt de travail. Dans ce contexte le patient décrit avoir eu par deux fois, en 2017 et 2018, des idées suicidaires scénarisées sans passage à l'acte ». S'agissant du besoin d'aide pour certaines activités de la vie courante, comme souligné par le Dr B_____, l'aide de la compagne est déjà mentionnée dans le rapport du 20 février 2020, sans description détaillée des différents gestes que cette dernière accomplit pour aider le recourant. Il est vrai, comme le souligne le recourant, que dans son rapport du 4 septembre 2019 destiné à la SUVA, le Dr F_____ observe que l'assuré se déshabille sans aide, mais il remarque tout de même que « le déshabillage s'effectue sur un pied de façon un peu paradoxale ». Ce point n'est toutefois pas déterminant, ce d'autant moins que le besoin d'aide de l'assuré pour se déshabiller a pu commencer à se manifester après l'examen du 4 septembre 2019, mais avant la décision de l'OAI rendue 13 mois plus tard.

En ce qui concerne l'appréciation d'un « Etat dépressif sévère », aucun certificat médical rédigé par un psychiatre ne confirme cette affirmation, ce d'autant moins que le Dr B_____ fait état d'un « suivi psychologique en cours », alors que si le recourant était victime d'un état dépressif sévère, il serait vraisemblablement suivi régulièrement par un psychiatre et non pas par un psychologue.

7.3 La chambre de céans ne peut que constater que le Dr B_____ ne fournit pas d'éléments médicaux objectifs parlant pour une aggravation de l'état de santé du recourant, ni de nouveau diagnostic susceptible de justifier une appréciation différente de celle qui avait été retenue auparavant par l'OAI, aboutissant à la précédente décision rendue le 6 octobre 2020.

Il sied encore de rappeler que l'administration doit se montrer 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 ; c'est le cas du recourant qui a introduit une nouvelle demande, fondée sur les mêmes troubles de la santé, le 3 novembre 2021, soit à peine 13 mois après la décision de l'OAI, datée du 6 octobre 2020.

Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimé, qui constate que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, est bien-fondée et la chambre de céans ne peut que la confirmer.

8. Partant, le recours sera rejeté.

9. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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