

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1866/2010

ATAS/265/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après l'assuré), né en 1954, a déposé, le 1^{er} novembre 2004, une première demande prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) en invoquant des douleurs dorsales consécutives à un accident survenu en date du 8 juillet 2004 (chute du haut d'une échelle avec impact lombaire; pièce 1 intimé).
2. Par décision du 10 avril 2007, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles ou à une rente d'invalidité (pièce 59 intimé). Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un examen radiologique de la colonne lombaire effectué en date du 20 décembre 2004, montrant une fracture verticale du corps vertébral L1, sans atteinte du mur postérieur, et un discret enfoncement du plateau supérieur D12 (pièce 21 intimé, p. 2) ;
 - un nouvel examen radiologique de la colonne lombaire et des clichés fonctionnels en flexion et extension du 24 février 2005 mettant en évidence une fracture du corps vertébral L1 apparemment consolidée, sans déplacement anormal, une discopathie modérée en D12-L1, L1-L2, L3-L4 et L4-L5 et l'absence de bloc fonctionnel (pièce 21 intimé, p. 6) ;
 - des radiographies du bassin et des hanches du 4 août 2005, révélant un début de lombarthrose avec petite ostéophytose lombaire basse à prédominance gauche, une articulation sacro-iliaque sans particularité, une articulation coxo-fémorale non pincée, sans sclérose, sans géode et sans signe dégénératif et l'absence de signe de fracture et d'anomalie de densité ou de structure (pièce 27 intimé, p. 8) ;
 - un rapport rédigé le 9 août 2005 par les Drs A_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, et B_____, médecin assistant, officiant tous deux à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) - où l'assuré a séjourné du 29 juin au 27 juillet 2005 - concluant à des lombalgies chroniques et à une fracture-tassement de L1 et mentionnant également une obésité de stade I et une amputation traumatique distale de D2 et D3 de la main droite en 1978; les médecins soulignaient que l'assuré ne pouvait ni s'accroupir de manière répétitive, ni rester en position assise tronc incliné vers l'avant ni travailler les membres au-dessus de la tête; ils concluaient à l'inexigibilité de l'activité de maçon précédemment exercée (pièce 27 intimé, p. 13ss) ;

- un rapport établi le 26 octobre 2005 par le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, retenant le diagnostic de « fracture tassement L1 et traitement orthopédique » et concluant à une capacité de travail de 0% s'agissant de l'activité de maçon et de 50% s'agissant d'une activité légère telle que celle de concierge, par exemple; le médecin retenait les limitations fonctionnelles suivantes : incapacité à rester assis plus de 3-4 heures par jour, à rester debout plus de 2-3 heures par jour, à conserver une même position, à s'agenouiller, à travailler buste incliné, à marcher plus de 45 minutes, à porter des charges de plus de 5 kg, à se baisser, à effectuer des mouvements répétitifs ou encore à travailler en hauteur (pièces 29 à 31 intimé) ;

- un rapport d'examen final rédigé le 27 octobre 2005 par le Dr D_____, médecin-conseil de l'assureur-accidents, rappelant les circonstances de l'accident du 8 juillet 2004 et émettant l'avis que, douze mois après, la situation devait être considérée comme stabilisée; le médecin concluait à un dommage permanent indemnisable et retenait à titre de limitations fonctionnelles le fait de devoir éviter toute surcharge du rachis lombaire, le port de charges moyennes, les positions statiques prolongées, le travail en position penchée en avant, les montées ou descentes d'escaliers à répétition et l'utilisation d'échelles; il confirmait qu'il était impossible à l'assuré de reprendre son activité de maçon mais estimait qu'il pourrait en revanche exercer à plein temps une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées (pièce 27 intimé, p. 3ss) ;

- un rapport du 21 mars 2006 du Dr E_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), lequel a pris note des conclusions des Drs C_____ et D_____ et des médecins de la CRR et a conclu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de février 2004, soit six mois après la fracture vertébrale unique, sans complication (pièce 32 intimé) ;

- un rapport établi le 15 novembre 2006 par les réadaptateurs du Centre d'Intégration professionnelle (ci-après CIP) à l'issue d'une mesure d'orientation professionnelle s'étant déroulée du 2 août au 29 octobre 2006 et concluant que la position assise devait être privilégiée - moyennant quelques alternances avec la position debout -, que l'habileté manuelle était correcte - hormis pour les manipulations de petites pièces -, que le port de charges et les travaux lourds devaient être évités et que les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient très limitées - eu égard à ses difficultés de compréhension en français et à sa scolarité quasi inexistante; les réadaptateurs concluaient à l'exigibilité d'une activité simple et légère à plein temps avec un rendement proche de la normale, après une

période de mise au courant - voire une formation pratique en entreprise; ils suggéraient des activités telles que celles d'ouvrier en conditionnement, d'opérateur de presse ou encore de monteur à l'établi (pièce 42 intimé) ;

- un nouveau rapport du CIP rédigé le 12 février 2007 - après que l'assuré a effectué des stages en entreprise en tant qu'ouvrier en conditionnement et à l'établi et comme opérateur de presse - concluant que l'intéressé avait les capacités pour travailler dans le secteur industriel léger, à plein temps et sans diminution de rendement, dans le circuit économique ordinaire; il était relevé que l'assuré avait dans l'ensemble fait montre d'une bonne motivation mais qu'il avait toutefois décliné la proposition qui lui avait été faite de suivre une formation dans le polissage d'éléments de robinetterie, formation qui aurait pu déboucher sur un emploi (pièce 47 intimé) ;

- un rapport établi le 20 février 2007 par un réadaptateur de l'OAI concluant à l'inutilité de la mise sur pied de mesures professionnelles au motif que l'assuré avait refusé d'entrer en matière sur le projet professionnel qui lui avait été soumis (pièce 48 intimé).

3. Par décision du 5 juillet 2007, l'assureur-accidents a quant à lui reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 27% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% correspondant à un montant de 10'680 fr. (pièce 60 intimé).
4. Le 12 janvier 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant un traumatisme remontant au 8 juillet 2004 (pièce 62 intimé).
5. Par courrier du 13 janvier 2010, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir tous les documents susceptibles de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis le 10 avril 2007 (pièce 63 intimé).
6. L'assuré a produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) adressé le 8 avril 2009 au Dr G _____ et concluant à un « status après ancien tassement connu de L1, à une anomalie de signal étagée des coins essentiellement antéro-supérieurs des quatre dernières vertèbres lombaires évoquant des remaniements post-inflammatoires de signal actuellement graisseux et ajoutant que des lésions de Romanus post-inflammatoires ne pouvaient être formellement écartées. Il était également fait mention d'une discopathie L4-L5 sous forme d'un pincement et dessiccation discale ainsi que d'une déchirure de l'anneau fibreux postéro-médian et d'une protrusion postéro-médiane et para-médiane droite refoulant légèrement la racine L5 droite à son émergence récessale. Etaient également évoquées une dessiccation discale L5-S1 et protrusion postéro-médiane de petite taille sans conflit discoradiculaire objectif et une arthrose facettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1 » (pièce 64 intimé).

7. Le 3 mars 2010, la Dresse F_____, médecin auprès du service médical régional AI (SMR) a émis l'avis que les éléments mis en évidence par ce rapport pouvaient correspondre soit à une évolution naturelle liée à l'âge de l'assuré, soit à une aggravation de son état de santé. Elle a malgré tout estimé qu'en l'absence d'une description de l'évolution de l'état de santé, d'une anamnèse et d'un status clinique détaillés, on ne pouvait considérer qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible (pièce 69 intimé).
8. Le 4 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle (pièce 70 intimé).
9. Le 26 avril 2010, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens (pièce 72 intimé).
10. Le 6 mai 2010, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 4 mai 2010.
11. Par courrier du 27 mai 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 26 avril 2010, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité motivée par l'aggravation de son état de santé.
12. Par écriture complémentaire du 20 août 2010, le recourant a sollicité à titre préalable la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique.

Il reproche à l'intimé d'avoir écarté sans autre le rapport d'IRM du 7 avril 2009 adressé au Dr G_____, alors même que ce rapport mettait en exergue une aggravation de son état et retenait de nouveaux diagnostics. Selon le recourant, l'intimé aurait dû à tout le moins demander au Dr G_____ de rédiger un rapport médical détaillé, d'autant plus qu'aucune expertise médicale n'a été mise en œuvre par le passé.

Le recourant rappelle en outre qu'il est au bénéfice d'une rente d'invalidité versée par son assureur-accidents dès le 5 juillet 2007.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 septembre 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère au rapport du SMR du 3 mars 2010. Ce dernier y exprime l'avis que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable une modification de son état de santé, laquelle ne saurait être démontrée que par une description de l'évolution de l'état de santé et un status clinique détaillé.

L'intimé relève en outre que les lombalgies chroniques sont connues du SMR depuis mars 2006 déjà.

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).

Depuis 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 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 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 125 V 410 consid. 2b).

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 (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à cette procédure, eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales. Notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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 condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, par exemple 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve 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 (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; 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).

Enfin, 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 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

5. En l'espèce, il convient de comparer la situation prévalant lors de la décision du 10 avril 2007 et celle lors de la décision du 26 avril 2010, laquelle confirme le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 12 janvier 2010.

Le 10 avril 2007, l'intimé a nié au recourant tout droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. Cette décision se fondait notamment sur les rapports radiologiques des 24 février et 4 août 2005 et sur les rapports des médecins de la CRR et du médecin-conseil de l'assureur-accidents. D'une part, les rapports radiologiques mettaient essentiellement en exergue une discopathie modérée en D12-L1, L1-L2, L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'un début de lombarthrose. D'autre part, les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'assureur-accidents avaient retenu les diagnostics de lombalgies chroniques et de fracture-tassement consolidée de L1; ils avaient préconisé d'éviter les positions et mouvements sollicitant le rachis lombaire. Les médecins avaient conclu à une totale incapacité de l'assuré à exercer son ancienne activité de maçon, mais à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, le recourant ne fait pas explicitement état d'une modification de son état de santé, mais il produit une nouvelle pièce médicale, à savoir le rapport d'IRM établi en date du 8 avril 2009. Ce rapport met en exergue de multiples atteintes, soit une anomalie de signal étagée des coins essentiellement antéro-supérieurs des quatre dernières vertèbres lombaires évoquant des remaniements post-inflammatoires de signal actuellement graisseux et d'éventuelles lésions de Romanus post-inflammatoires, une discopathie L4-L5 sous forme d'un pincement, une dessiccation discale, une déchirure de l'anneau fibreux postéro-médian, une protrusion postéro-médiane et para-médiane droite refoulant légèrement la racine L5 droite à son émergence récessale, une dessiccation discale L5-S1, une protrusion postéro-médiane de petite taille sans conflit discoradiculaire objectivé ainsi qu'une arthrose facettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1.

Il est vrai que ce rapport ne suffit pas pour déterminer quelles sont les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant. Toutefois, il mentionne de nouvelles atteintes objectives qui, hormis la discopathie en L4-L5 et une lombarthrose, n'étaient pas mentionnées lors des précédents examens radiologiques.

La Dresse F_____ a d'ailleurs admis que les troubles évoqués pouvaient découler soit d'une évolution naturelle liée à l'âge du recourant soit d'une aggravation de son état de santé.

Au vu des éléments objectifs mis en évidence par l'IRM du mois d'avril 2009 et de l'avis de la Dresse F_____, il faut donc considérer que le recourant a rendu l'aggravation de son état de santé plausible. L'intimé se devait dès lors d'entrer en matière et de réclamer au médecin traitant de l'assuré des informations complémentaires sur l'influence des nouvelles atteintes mises en évidence sur la capacité de travail de son patient, de sorte à confirmer ou infirmer l'aggravation alléguée. Au lieu de cela, la Dresse F_____ s'est contentée d'exclure toute aggravation - après avoir admis que celle-ci pouvait être une éventualité - sans même se prononcer sur l'importance des atteintes mises en évidence par l'IRM.

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours en ce sens. La cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier d'instruire plus avant la question de l'influence des nouvelles atteintes sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans la mesure où la procédure de recours cantonale en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice, un émolument de 100 fr. sera mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI). L'assuré, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 850 fr. (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 26 avril 2010.
4. Renvoie la cause à l'OAI à charge pour ce dernier de procéder à des investigations complémentaires et de statuer ensuite sur la nouvelle demande de prestations.
5. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité à hauteur de 850 fr. au titre de dépens.
6. Met un émolument de 100 fr. à la charge de l'OAI.
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 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