

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2071/2016

ATAS/747/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 septembre 2016**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ou B\_\_\_\_\_, ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine irakienne, né le \_\_\_\_\_ 1976, a exercé divers emplois depuis son arrivée en Suisse en 1998 : plongeur de 2000 à 2001, portier-bagagiste de septembre 2001 à août 2003, puis agent de piste à l'aéroport pour C\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003.
2. L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 18 mars 2010. Il a fait état des suites d'un accident survenu le 4 septembre 2004 à la main gauche ayant nécessité deux opérations, sans résultat.
3. L'OAI a requis l'apport du dossier de la SUVA, assureur-accidents qui a pris en charge le cas. Selon les renseignements figurant au dossier, dans la nuit du 4 au 5 septembre 2004, à la sortie d'un établissement public, l'assuré a été agressé par plusieurs individus et blessé à l'arme blanche, avec notamment une plaie hypothénarienne profonde à la main gauche. La plaie a été suturée aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). En raison de paresthésies douloureuses et/ou d'adhérences, l'assuré a subi le 6 juin 2007 une neurolyse de la branche sensitive du nerf ulnaire à la main gauche, dans un contexte adhérentiel. L'assuré avait repris une activité lucrative le 1<sup>er</sup> juin 2008, en qualité d'aide de cuisine, puis il a été au chômage dès le 1<sup>er</sup> mai 2009.
4. Le 22 mars 2010, l'assuré a annoncé une rechute à la SUVA. Suite à un choc à la main gauche, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a diagnostiqué un névrome-allodynie de la branche sensitive du nerf ulnaire. L'assuré a été en arrêt de travail à 50% dès le 2 février 2010.
5. Le 15 mars 2011, il a été pratiqué l'excision d'un névrome d'une branche sensitive du nerf ulnaire gauche et enfouissement, dans le contexte d'une allodynie. Un arrêt de travail à 100% a été attesté depuis le 15 mars 2011. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, une adaptation du poste de travail était nécessaire et un dommage permanent était à prévoir, sous forme d'un syndrome douloureux.
6. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 5 au 31 janvier 2012. Selon le rapport de la CRR, l'incapacité de travail dans la profession exercée était de 100% du 1<sup>er</sup> février 2012 au 23 février 2012, date de la prochaine consultation du Dr D\_\_\_\_\_, et était ensuite à réévaluer par ce dernier. La situation médicale était stabilisée. On pouvait s'attendre à ce que l'assuré récupère une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec au maximum une diminution de rendement de 20% dans le travail à l'atelier. Les limitations retenues étaient les activités en force avec la main gauche et le travail au froid.
7. Le 23 mai 2012, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport d'examen, elle relève qu'il a été observé à la CRR, chez ce patient gaucher, une épargne de la main gauche. Elle a mis en évidence une hypersensibilité au toucher de la cicatrice de l'hypothénar gauche. Elle a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans un emploi adapté respectant les limitations

fonctionnelles, à savoir éviter les activités répétitives et/ou en force de la main gauche ainsi que les activités au froid.

8. Par avis du 23 août 2012, le SMR a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> février 2010 et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 23 février 2012, date de la sortie de la CRR.
9. L'OAI a procédé à la comparaison des gains (salaire sans invalidité réalisé au restaurant G \_\_\_\_\_ en 2008 réactualisé à 2011 ; salaire d'invalidé selon le tableau TA1 des ESS 2010 réactualisé à 2011, sans abattement) et constaté que la perte de gain était nulle.
10. Le projet d'acceptation de rente limitée dans le temps et refus de mesures professionnelles avait été contesté par l'assuré le 9 octobre 2012. Il se référait à un courrier du Dr D \_\_\_\_\_ qui relevait que l'état de sa main gauche ne s'était pas amélioré, malgré plusieurs interventions chirurgicales. Il persistait une incapacité à utiliser la main gauche pour porter des charges lourdes et pour les charges légères, il existait une grande fatigabilité et sensibilité au froid. Il demandait de bien vouloir considérer d'envisager des mesures professionnelles de réinsertion dans des activités adaptées.
11. De son côté, la SUVA, par décision du 12 novembre 2012, confirmée sur opposition, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que d'une atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le recours interjeté par l'assuré a été rejeté par arrêt de la chambre de céans du 15 octobre 2013, entré en force (ATAS/1001/2013).
12. Par décision du 14 février 2013, l'OAI a reconnu l'assuré invalide à 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2011 et à 100 % dès le mois de juin 2011. Par conséquent, il lui alloué une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2011 au 31 mai 2011 et une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2011 au 31 mai 2012, date à laquelle la rente a été supprimée, dès lors qu'il n'y avait pas de perte de gain. Pour cette raison, le droit aux mesures professionnelles a été refusé. Cette décision, non contestée, est entrée en force.
13. Le 8 octobre 2015, l'OAI a reçu rapport médical intermédiaire du docteur F \_\_\_\_\_, médecin généraliste, indiquant que l'état de santé du patient s'était aggravé et qu'il devait se faire réopérer. Dans un rapport annexé, il a indiqué que l'assuré avait subi plusieurs interventions avec allodynies invalidantes accompagnées de pertes de connaissance lors des douleurs. Son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2010, c'est pourquoi une prise en charge était à considérer.
14. Par courrier du 9 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré que le Dr F \_\_\_\_\_ n'était pas compétent pour demander une révision à sa place. L'assuré était invité à déposer une demande formelle.
15. Par pli recommandé du 31 octobre 2015, l'assuré a déclaré faire suivre, en annexe, sa demande de prestations (pièce ne figurant pas au dossier). Il a déclaré que son état de santé s'était aggravé.

16. Par communication du 7 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'après examen de sa demande, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
17. Se fondant sur l'avis du SMR du 8 avril 2016, l'OAI, par décision du 12 avril 2016, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, motif pris que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées depuis la dernière décision. Il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait.
18. Le 21 juin 2016, l'OAI a communiqué à la chambre de céans, comme objet de sa compétence, un courrier recommandé de l'assuré déclarant qu'il n'acceptait pas la décision de non entrée en matière.
19. Le 4 juillet 2016, l'OAI a communiqué à la chambre de céans un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 juin 2016, aux termes duquel le patient présente des douleurs neuropathiques chroniques avec une zone douloureuse cubitale à l'examen clinique, insensible au toucher, sans déficit moteur clair. La pression provoque des douleurs et une incapacité à utiliser la main gauche pour porter des charges, avec une grande fatigabilité et une sensibilité au froid. Il était nécessaire d'envisager des mesures professionnelles.
20. Dans sa réponse du 18 juillet 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ ne permettait pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, la problématique ayant déjà été prise en compte dans l'appréciation du 23 août 2012.
21. L'assuré ne s'est pas manifesté dans le délai impart.
22. Sur 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 26 septembre 2010 (LOJ - 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 5 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10).
3. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant.

- 
4. a) A teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, en sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RAI, RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - 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.

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 64 consid. 5.2.3 p. 68, 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198). 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).

c) 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 en vigueur depuis le 1er janvier 2003), 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. Si l'assuré renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire, il ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33; voir également Christoph GRABENWARTER, *Europäische Menschenrechtskonvention*, 4e éd. 2009, § 24 n. 15 p. 336).

Enfin, 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 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).

c) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois, selon leur sens et but exposés ci-avant, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

5. En l'espèce, à l'appui de sa demande de révision, le recourant se réfère au courrier du Dr F\_\_\_\_\_ daté du 5 octobre 2015. Or, à teneur dudit courrier, la chambre de céans constate que le médecin ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé susceptible d'avoir des conséquences sur la capacité de travail ou de gain du recourant. Il indique seulement que son état de santé ne s'est pas amélioré, ce qui signifie qu'il est resté stable. De surcroît, la lésion du nerf cubital gauche et les opérations successives étaient connues de l'intimé lorsqu'il a rendu sa première décision le 14 février 2013.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de l'état de fait susceptible de modifier ses droits. Partant, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière.

6. Mal fondé, le recours est rejeté.

7. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; cf. ég. art. art. 69al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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