

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2153/2009

ATAS/1370/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 4 novembre 2009**

En la cause

Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié c/o M. B \_\_\_\_\_, à  
CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître MARSANO Jean-Luc

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, de nationalité turque et né en 1966, a travaillé comme monteur d'isolations pare-feu. Il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 1995 au 30 juin 1997, par décision du 22 décembre 1997 de l'Office AI du canton de Vaud (ci-après OAI). Ces prestations ont été remplacées, dès le 3 juin 1997, par des indemnités journalières en raison d'une période de stage en vue d'une formation. Après interruption de ce stage en mars 1998, à cause de la mauvaise conjoncture économique, l'assuré a obtenu des indemnités journalières d'attente.
2. Dans le rapport du 11 avril 2001 de la division de réadaptation de l'OAI, il est indiqué que l'intéressé "formule expressément la demande d'une rente entière qui lui permettrait ensuite de trouver une activité complémentaire à sa guise". Le rédacteur estime que, dans ces conditions, il n'appartient plus à l'OAI de mettre sur pied de quelconques nouvelles mesures professionnelles et propose une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré.
3. Par décision du 8 juin 2001, l'OAI rejette la demande d'octroi d'une rente d'invalidité, la perte de gain n'étant que de 38 %. Cette décision est annulée par jugement du 21 mars 2002 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et la cause est renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique.
4. Le 1<sup>er</sup> novembre 2002, l'assuré est soumis à un examen pluridisciplinaire par les Drs L\_\_\_\_\_, généraliste, M\_\_\_\_\_, rhumatologue, et N\_\_\_\_\_, psychiatre, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Ces médecins diagnostiquent un trouble douloureux chronique localisé au genou gauche, une gonarthrose précoce après lésion du ménisque externe, arthroscopie pour lésion du ménisque externe-interne réséqué, lésion partielle du ligament croisé antérieur non opéré et ostéochondrite, et des discrets troubles statiques rachidiens assortis de dysbalances musculaires favorisées par la marche vicieuse. Ils concluent par ailleurs à l'absence de limitations psychiatriques. La capacité de travail est entière dans une profession adaptée semi-sédentaire évitant le port répétitif de charges au-delà de 15-20 kilos et les activités accroupies, à quatre pattes et à genoux plus de 15 minutes par heure, ainsi que le fait de monter et descendre d'une échelle de façon répétée. Le rendement est diminué de 20 %.
5. L'assuré est ensuite mis au bénéfice d'un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) du 26 mai au 22 juin 2003. Ce stage est interrompu le 19 juin 2003. Dans son rapport du 25 juin 2003, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, mentionne que rien ne s'oppose cliniquement à ce que l'assuré ait une activité légère en position assise et que le seul problème d'envergure consiste dans un comportement systématiquement opposant, d'apparence caractérielle, qui limite toutes les tentatives de reprise d'activité et

biaise considérablement les observations professionnelles. Les responsables du stage concluent que, dans une activité adaptée, l'assuré devrait être capable de produire un rendement de l'ordre de 80 % dans un emploi à plein temps, ce qui correspond à une capacité résiduelle de travail de 80 %.

6. Dans son rapport du 22 février 2005, le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre, diagnostique des difficultés liées à l'acculturation, un status post-accident et des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (visions des esprits "Djinns"). La capacité de travail est nulle depuis 1996. L'état de santé du patient est stationnaire. Ce médecin relève notamment ce qui suit :

"Il a peur de dormir, souffre d'insomnies, au maximum il dort 5-6 heures. Parfois, il dort dans la journée. Il évolue dans sa communauté culturelle et religieuse. Actuellement, il se comporte comme un être rétif, réactif et bagarreur. Sujet de morphologie dysplasique avec un visage poupin et puéril. Parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. De temps en temps, il n'arrive pas à rester tranquille, il se lève et déambule dans le cabinet."

Dans l'annexe à son rapport médical, le Dr P\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, mais qu'on pourrait exiger que l'assuré exerce une autre activité en tant que manoeuvre sans port de charges. Il ne faudrait pas s'attendre à une diminution de rendement.

7. Par décision du 9 octobre 2003, confirmée par décision sur opposition du 8 avril 2005, l'OAI rejette la demande de prestations, tout en précisant que la perte de gain est de 14,8 %. Par jugement du 11 août 2008, le recours de l'assuré contre cette décision est rejeté par le Tribunal des assurances du canton de Vaud.
8. Le 4 septembre 2008, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OCAI).
9. Par courrier du 4 novembre 2008, l'OCAI invite l'assuré à lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver un réexamen de son droit à une rente dans un délai de 15 jours.
10. Le 5 novembre 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ retourne à l'OCAI le questionnaire que ce dernier lui a adressé concernant son patient. Il y mentionne à titre de diagnostics avec influence sur la capacité de travail une modification de la personnalité après catastrophe (séisme en 1970), des difficultés liées à l'acculturation, un status post-accident (depuis une dizaine d'années rentier de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents - SUVA), et des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions ou des conduites. Les restrictions dans une activité lucrative sont mixtes, physiques et psychiques, et se manifestent par une étrangeté, bizarrerie et

maniérisme. Le Dr P\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, tout en indiquant qu'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

11. Dans son avis médical du 17 mars 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ du SMR constate qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux démontrant une aggravation objective et durable de l'état de santé depuis 2005. Quant au problème de l'acculturation, il ne relève pas de l'assurance-invalidité. Dès lors, il estime qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.
12. Le 25 mars 2009, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande, dès lors qu'il n'a pas rendu plausible une aggravation de son état.
13. Par décision du 20 mai 2009, l'OCAI confirme le projet précité.
14. Par acte du 17 juin 2009, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il fait valoir que "cette décision est profondément injuste dans la mesure où elle prétend que mon état de santé ne s'est pas péjoré depuis avril 2005". Il allègue qu'il souffre de graves problèmes psychiques, lesquels se sont amplifiés depuis 2005, de sorte qu'il est en incapacité totale d'exercer une quelconque activité lucrative. Enfin, il souhaite qu'on entende ses médecins.
15. Le 16 juillet 2009, le recourant complète son recours, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis avril 2009. Préalablement, il conclut à l'audition du Dr P\_\_\_\_\_. Il répète qu'il souffre de graves problèmes psychiques qui se sont aggravés depuis 2005. A cet égard, il se prévaut notamment de ce que le Dr P\_\_\_\_\_ a indiqué qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de sa capacité de travail.
16. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'intimé a refusé à raison d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité du recourant.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C\_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), 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 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres

---

investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 ou 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances 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 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), 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'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.; 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, 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. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69).

d) 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).

e) 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). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

5. En l'occurrence, le recourant n'a produit aucun document médical à l'appui de sa nouvelle demande, pour étayer une aggravation de son état. Le seul rapport versé au dossier, à la demande de l'intimé, est celui du 5 novembre 2008 du Dr P\_\_\_\_\_. Or, en comparant ce rapport avec celui du même médecin du 22 février 2005, il sied de constater que les diagnostics sont quasiment identiques, à savoir les difficultés liées à l'acculturation, le status post-accident depuis une dizaine d'années et les troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Dans son dernier rapport, le Dr P\_\_\_\_\_ a encore ajouté le diagnostic de modification de la personnalité après catastrophe, suite au séisme survenu en 1970 en Turquie. Il s'agit toutefois d'une atteinte très ancienne qui devait forcément déjà être présente au moment où l'intimé a statué par décision du 9 octobre 2003. Ce diagnostic ne saurait dès lors être considéré comme nouveau.

Par ailleurs, le Dr P\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, même s'il estime que l'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il convient à cet égard de rappeler que ce même médecin avait estimé, dans son rapport du 22 février 2005, qu'il était exigible que le recourant exerce une autre activité, par exemple en tant que manœuvre sans port de charges, et qu'il n'y avait aucune diminution de rendement.

Ainsi, il sied de constater que le recourant n'a fourni aucun rapport médical certifiant une aggravation de son état de santé, le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 5

novembre 2008 étant manifestement insuffisant. Aussi, il y a lieu d'admettre que l'intimé a refusé à raison d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
7. Dans la mesure où le recourant plaide au bénéfice de l'assistance juridique, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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