

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3706/2007

ATAS/547/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 30 avril 2009**

En la cause

**Monsieur A** \_\_\_\_\_, domicilié, à Châtelaine, représenté par **recourant**  
Me Jean-Luc MARSANO, bd James-Fazy 3, 1201 GENEVE, en  
l'Etude duquel il fait élection de domicile

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE**, sis **intimé**  
rue de Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Monique STOLLER  
FÜLLEMANN et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

**EN FAIT**

1. En 1985, A\_\_\_\_\_, ressortissant suisse né en 1965, sans formation spécifique, a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour forte myopie et débilité légère (degré d'invalidité de 57%).
2. Jusqu'en mars 2004, il a en particulier travaillé durant 27 ans comme serveur à temps partiel (poste assimilé à une activité protégée).
3. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente ouverte par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en 2004, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même (cf. questionnaire du 27 février 2004, § 1.1).
4. Dans un rapport du 21 avril 2004, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant (spécialiste FMH en chirurgie), a posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : important éthylo-tabagisme de longue date, état dépressif, troubles visuels ; sans répercussion sur la capacité de travail : hypertension artérielle, status après cure de hernie inguinale gauche ; dorsalgies. Le médecin a précisé que beaucoup de problèmes socio-économiques agissaient et favorisaient l'état dépressif du patient. Du 28 janvier au 30 mars 2004, celui-ci avait été empêché de travailler à 100%. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004, cette incapacité était de 50%. L'état de santé du patient s'améliorait. Dans une activité adaptée (position debout ou assise non supérieure à 4 heures par jour, sans inclinaison du buste, port de charges limitées à 10 kg), il disposait d'une capacité de travail de 50%.
5. Dans un avis du 19 mai 2004, le SMR a estimé que le dossier ne faisait ressortir aucun élément nouveau, le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ reprenant les pathologies connues de longue date et ne faisant pas état d'une aggravation de celles-ci.
6. Par décision du 7 juin 2004, l'OCAI a constaté que le degré d'invalidité était resté inchangé et que l'assuré pouvait continuer à bénéficier de sa demi-rente.
7. Par acte du 24 juin 2004, l'assuré a contesté cette décision. Il a sollicité une rente AI à 100%, au motif qu'il se trouvait en incapacité totale de travailler depuis le 28 janvier 2004. A cet égard, il a versé au dossier un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 11 juin 2004, estimant, par ailleurs, qu'une réorientation professionnelle ne serait pas possible.
8. Dans un courrier du 25 août 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que suite à l'état dépressif et l'important éthylo-tabagisme du patient, il avait prescrit un arrêt de travail à 100 %, « soit 50% à l'AI et 50% en arrêt de travail ». Actuellement, l'état de santé s'était nettement amélioré avec la diminution de la consommation alcoolique (si bien que) la reprise du travail avait été faite pour début septembre 2004 à 50%.

9. Dans un avis du 1<sup>er</sup> septembre 2004, le SMR a indiqué que l'assuré avait subi une aggravation transitoire de son état de santé justifiant une incapacité de travail de 100% du 28 janvier au 31 août 2004.
10. Se fondant sur cet avis, l'OCAI, par décision du 13 septembre 2004 annulant celle du 7 juin précédent, a mis l'assuré au bénéfice d'une rente complète du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2004 (taux d'invalidité de 100%), puis à nouveau d'une demi-rente, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004 (taux d'invalidité de 57%).
11. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.
12. Le 31 janvier 2005, l'assuré s'est brisé le péroné. Selon un rapport du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (H.U.G.) du 11 février 2005, celui-ci a subi une fracture trimalléolaire Weber B de la cheville droite.
13. La SUVA a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2006 (décision du 3 juillet 2006). Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2007 (entrée en force, faute de recours), la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 18%, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2006. L'assurance lui a également accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimée à 15%, compte tenu en particulier de la persistance d'une symptomatologie douloureuse de la cheville.
14. Par acte déposé le 7 mars 2006, l'assuré a requis de l'OCAI la révision de sa rente. Il a produit à cet effet un certificat de la Dresse M\_\_\_\_\_, interniste traitante (spécialisée en médecine psychosociale et psychosomatique), du 16 février 2006, attestant que son patient présentait une « nouvelle affection médicale » suite à l'accident survenu en janvier 2005 avec un handicap fonctionnel important séquentaire, « nécessitant une réévaluation de sa situation et demande de rente à 100% ».
15. Dans un rapport du 24 juillet 2006, cette praticienne a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire et que la capacité de travail était nulle depuis le 31 janvier 2005. L'assuré invoquait des douleurs persistantes à la cheville et marchait avec une importante boiterie. De ce fait, seule une profession en position assise était envisageable, mais guère praticable vu le problème de malvoyance.
16. Dans un certificat du 21 juin 2006, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, a constaté chez l'assuré un pincement progressif de l'interligne articulaire de la cheville, ce qui était un facteur de mauvais pronostic pour l'avenir, ainsi que la persistance radiologique de signes d'algodystrophies avec une porose importante de la cheville et du pied, apparues consécutivement à l'ostéosynthèse du 2 février 2005. Selon lui, l'assuré ne pouvait exercer qu'une profession réalisée en position assise principalement, compte tenu de ses limitations fonctionnelles (marche de longue durée ou sur terrain inégal, montées et descentes répétitives d'escalier,

---

position accroupie ou à genoux, station debout de moyenne durée). Au vu de l'évolution, cette appréciation était probablement définitive.

17. Dans son rapport du 31 octobre 2006, destiné à l'OCAI, la Dresse O\_\_\_\_\_ (médecin interniste aux H.U.G., clinique d'orthopédie), a répondu à la question de savoir s'il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique : « le problème de la cheville n'est pour nous pas au premier plan ». Cette praticienne ne s'est pas exprimée sur la question de la nécessité d'une prise en charge psychiatrique en cas de troubles psychiques. Enfin, selon elle, la capacité de travail dans le métier de serveur était exigible à 100%, moyennant toutefois une diminution du rendement (non estimée) liées aux douleurs évoquées par le patient.
18. Selon un avis médical du 9 mai 2007, faisant état des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ (ci-dessus, § 16), le SMR (Dr P\_\_\_\_\_ ) a estimé que la problématique ophtalmologique n'était pas claire, l'atteinte semblant avoir néanmoins permis à l'assuré d'exercer son métier de serveur.
19. Dans un certificat du 31 mai 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_, ophtalmologue traitant, a diagnostiqué une haute myopie bilatérale, une dégénérescence maculaire liée à la myopie, une presbytie débutante. L'assuré présentait une limitation fonctionnelle, liée aux troubles de la réfraction et à l'état de macula, dans toutes les activités demandant un temps d'adaptation plus long que chez un individu emmétrope.
20. Dans un avis du 19 juin 2007, le SMR a constaté que l'incapacité de travail était inchangée, mais que les limitations fonctionnelles de l'assuré avaient augmenté « selon avis médical du 9 mai 2007 ».
21. Dans un projet de décision du 27 juin 2007, l'OCAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de révision, estimant que, faute d'élément médical objectif d'aggravation, la capacité de travail n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente, même si les limitations fonctionnelles liées au trouble de la réfraction devaient être prises en considération. Un délai de 30 jours lui a été accordé, afin de faire valoir ses objections éventuelles.
22. Par courrier du 10 juillet 2007, l'assuré a demandé à pouvoir bénéficier de mesures professionnelles.
23. A l'issue d'un examen clinique effectué le 16 juillet 2007, le SMR a diagnostiqué une déhiscence cicatricielle avec contamination du matériel d'ostéosynthèse sur status 6 mois post-ostéosynthèse d'une malléole externe, cheville droite, Equin gastrocnémien jambe droite, myopie.
24. A la demande de la gestionnaire du dossier, le SMR a fixé au 21 juin 2006, le début de la réadaptation de l'assuré, dans une activité adaptée à 50% (avis du 18 juillet 2007).

25. Faute de contestation du projet de décision par l'assuré dans le délai imparti, l'OCAI a rejeté la demande de révision, par décision du 31 août 2007 (notifiée sous pli simple et reçue au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 2007), motif pris que l'invalidité présentée par l'intéressé donnait « droit à la même rente qui a été versée jusqu'ici » (ie : demi-rente). Dans cette même décision, cet office a par ailleurs indiqué que des mesures de placement étaient en cours.

De fait, l'assuré a pu suivre un module DOP (mesure de placement comprenant un bilan de compétence, la rédaction de lettres de motivation, etc.), du 1<sup>er</sup> octobre au 2 novembre 2007, à mi-temps. Le bilan établi le 8 novembre suivant a mis en évidence que l'assuré n'était pas prêt à reprendre une quelconque activité professionnelle, si bien que l'OCAI a constaté la clôture du mandat de placement par acte du 29 novembre 2007.

26. Par courrier du 28 septembre 2007, posté le 3 octobre suivant, l'assuré a recouru contre la décision de l'OCAI du 31 août 2007, au motif que celle-ci prenait uniquement en compte ses problèmes de malvoyance et non pas les séquelles de son accident survenu le 31 juillet 2006 (recte : 1<sup>er</sup> janvier 2005), alors que la SUVA avait estimé, pour sa part, qu'il résultait des suites de cet accident une diminution de la capacité de gain de 18%. Le recourant a également fait valoir qu'il était empêché de travailler à 100% et souffrait de troubles anxieux dépressifs.
27. Dans ses observations du 25 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Selon cet office, dans son avis du 9 mai 2007, le SMR avait déjà pris en compte l'incapacité complète de travail de l'assuré. De plus, les troubles anxieux et dépressifs invoqués n'étaient plus mentionnés par aucun médecin depuis 2004. D'ailleurs, dans son courrier du 25 août 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ avait même attesté que l'état de santé de son patient s'était nettement amélioré.
28. Par courrier du 18 décembre 2007, Me Jean-Luc MARSANO s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a sollicité un délai pour produire un complément de recours.
29. Dans le délai imparti par le Tribunal, le recourant a conclu, par mémoire complémentaire du 21 janvier 2008, à la mise en œuvre préalable d'une expertise psychiatrique, à l'annulation de la décision de l'OCAI du 31 août 2007, ainsi qu'à la constatation qu'il était « en droit de percevoir une rente AI pleine et entière ». Subsidiairement, il a requis l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. En substance, le recourant a exposé que, depuis 1985, il avait subi une importante aggravation de son état de santé, sur les plans ophtalmologique, somatique et psychiatrique. De ce fait, il était totalement incapable de travailler, dans toute activité. Il a en outre relevé que l'avis du SMR du 19 juin 2007 était plus que sommaire, ne tenait pas compte – sans motivation - de l'aggravation de ses troubles dépressifs et anxieux, ni de ses problèmes aux chevilles qui le handicapaient depuis

son accident. A cet égard, il a produit un certificat complémentaire de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2008, attestant en particulier que depuis l'automne (2007), l'humeur du patient se dégradait et qu'il avait développé un état dépressif caractérisé par une irritabilité, une asthénie, des troubles du sommeil et un repli avec isolement social. Sur le plan biologique, on relevait une perturbation des tests hépatiques pour lesquels des investigations étaient en cours chez le Dr R\_\_\_\_\_, gastro-entérologue. La capacité de travail était nulle.

Faisant valoir que les avis médicaux divergeaient, le recourant a, préalablement, sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise, respectivement à la constatation de son droit de percevoir une rente AI pleine et entière. Subsidiairement, il a requis l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle (complément au recours du 21 janvier 2008).

30. Dans sa duplique du 25 mars 2008, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, motif pris que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été démontrée par le certificat de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2008. En particulier, dans son avis du 3 mars 2008, le SMR avait relevé que ledit certificat ne mentionnait pas le type de traitement signalé en lien avec l'état dépressif invoqué, lequel n'était par ailleurs pas décrit selon la CIM-10, si bien que l'on ne pouvait juger de sa gravité. Si l'assuré présentait un état dépressif grave au point qu'il dût entraîner une incapacité totale de travailler, celui-ci devrait être suivi par un psychiatre, ce qui n'était apparemment pas le cas. De plus, les valeurs de la perturbation des tests hépatiques n'étaient pas mentionnées et n'étaient pas en soi une cause d'incapacité de travail totale. L'OCAI s'est également opposé à la mise en œuvre d'une expertise médicale, laquelle ne paraissait pas nécessaire en l'espèce, le dossier contenant selon lui suffisamment d'indications médicales fiables et concordantes que les arguments du recourant, en raison de leur manque de pertinence, de motivation et de preuve, ne pouvaient mettre en doute.
31. Par envoi du 24 avril 2008, le recourant a produit une nouvelle attestation de la Dresse M\_\_\_\_\_, du 17 avril 2008. Selon la praticienne, son patient, qu'elle suivait régulièrement depuis novembre 2005, souffrait d'un épisode dépressif majeur (F33.4, selon la DSM IV), nécessitant un suivi psychothérapeutique de soutien 1 à 2 fois par mois, ainsi qu'un traitement antidépresseur. Celui-ci présentait une humeur dépressive persistante, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités, une insomnie, une perte d'énergie, une irritabilité et un retrait social, des symptômes anxieux avec angoisse de mort. Il présentait en outre un niveau d'intelligence faible, accompagné d'une limitation notable du fonctionnement adaptatif qu'il serait utile d'évaluer plus précisément par un bilan neuropsychologique spécialisé. Le patient n'était plus capable de travailler et une expertise plus approfondie de sa situation était nécessaire. Enfin, les

conséquences de voir niée son invalidité auraient des retombées graves sur son état de santé déjà fragile.

32. Dans ses observations du 22 mai 2008, l'OCAI a maintenu sa position, estimant que ce dernier certificat n'apportait pas d'élément nouveau. Dans un avis du 19 mai 2008, le SMR avait en effet relevé que la Dresse M\_\_\_\_\_ n'était pas psychiatre. Le code F33.4 correspondait en outre, selon la CIM 10, « à un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission ! ». Un suivi psychothérapeutique de soutien une à deux fois par mois ne « semblait pas beaucoup pour un état dépressif qui serait grave » et aucune précision n'avait été donnée sur le traitement anti-dépresseur prescrit. De plus, l'invalidité de l'assuré n'était pas niée, puisque l'OCAI avait retenu que ce dernier ne pouvait pas travailler plus qu'à 50% dans une activité adaptée. Enfin, le SMR regrettait que si l'assuré souffrait d'un état dépressif suffisamment grave pour qu'il soit totalement invalidant, il n'y ait pas au moins (au dossier) un consilium psychiatrique.
33. Dans un écrit du 23 juillet 2008, le recourant a demandé au Tribunal de céans d'ordonner une expertise médicale, au vu des prises de positions « radicalement antagonistes » entre ses médecins traitants et le SMR.
34. Par acte du 15 septembre 2008, l'OCAI a contesté la nécessité d'effectuer une expertise pluridisciplinaire, sur la base d'un avis complémentaire du SMR du 20 août 2008, signé par les Drs P\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_. En particulier, selon ces médecins, le niveau d'intelligence faible avec limitation du fonctionnement adapté de l'assuré devait être présent depuis l'adolescence ou le jeune âge adulte, si bien qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle atteinte motivant une instruction complémentaire. De toute manière, une telle atteinte éventuelle n'avait jamais été une entrave dans le fonctionnement de l'assuré, tant dans sa vie sociale que professionnelle.
35. Par écritures du 26 septembre 2008, l'assuré a informé le Tribunal de céans qu'il venait d'être hospitalisé durant trois semaines pour des raisons psychiatriques à la clinique de Montana et qu'il était désormais suivi par la consultation psychiatrique rattachée aux H.U.G. Il a requis un délai d'un mois pour produire des pièces médicales complémentaires.
36. Par envois des 11 et 28 novembre, 15 décembre 2008, et 12 janvier 2009, le recourant a transmis au Tribunal les documents suivants :
  - un courrier du Dr Q\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2008, d'où il ressort que le patient subissait une forte diminution de l'acuité visuelle à droite (0,08), au lieu de 0,6 (en janvier 2007). Selon le médecin, il s'agissait d'une évolution négative récente de son status ophtalmologique, sans doute en relation avec l'évolution des lésions dégénératives rétiniennes myopiques connues depuis 1993 ;

- un certificat du Dr Q \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2008, attestant que la forte myopie du patient rendait difficile l'exécution de tâches ménagères telles que le nettoyage adéquat de vitres ;

- un rapport de la Dresse T \_\_\_\_\_, du Service de psychiatrie adulte des H.U.G., du 20 novembre 2008, diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique F33.11 ; retard mental léger F70.0 ; trouble obsessionnel compulsif F42 ; dépendance à l'alcool, actuellement abstinent F10.20. L'évolution de l'état thymique était globalement favorable sous traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré. En revanche, le patient était très préoccupé par l'aggravation des troubles visuels irréversibles. Du fait des limitations fonctionnelles liées au retard mental et à l'handicap visuel, le patient avait un fonctionnement social assez limité, ce qui avait un impact sur son état thymique. La capacité de travail paraissait limitée au maximum à 50% dans un milieu protégé, adapté aux compétences du patient et où il pourrait bénéficier d'un cadre et d'un soutien suffisants.

- un rapport d'évaluation psychologique des H.U.G. du 23 septembre 2008, mettant en évidence une efficacité intellectuelle réduite, compatible avec un retard mental léger. Les résultats retenus étaient indépendants des difficultés visuelles présentées par le patient et limitaient ses compétences notamment au niveau professionnel. Ce dernier pourrait investir dans une activité dans un milieu adapté, où il pourrait bénéficier d'un cadre et d'un soutien suffisants.

- une expertise psychiatrique effectuée, à la demande du recourant, par le Dr U \_\_\_\_\_, du 9 janvier 2009, rendue à l'issue de cinq (recte : quatre consultations), durant le mois de novembre 2008. Ce praticien a diagnostiqué un retard mental léger F70 ; un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychiatriques F33.2 ; un trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs F42.2 ; des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue F10.25 ; des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue F17.25 ; une personnalité anxieuse, évitante F60.6. La capacité de travail était nulle (« on ne pourrait pas imaginer une reprise de ses capacités de travail », rapport, p 11). Les nombreux handicaps psychiques rendaient le patient de plus en plus incapable de faire face aux exigences de la vie.

37. Sur la base de ces éléments complémentaires, l'OCAI a conclu à l'admission partielle du recours et a proposé l'octroi d'une rente entière (100%), à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005 (article 48 al. 2 aLAI ; dépôt de la demande du 7 mars 2006). A cet égard, il s'est référé à un avis du SMR du 28 janvier 2009 (co-signé par les Drs P \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_), discuté à la permanence psychiatrique du SMR, estimant que l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans toute

activité depuis la date de sa chute accidentelle (31 janvier 2005) et que le pronostic était défavorable. Ces médecins ont admis en particulier que l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2009 était convaincante, avec une étude fouillée des points litigieux importants, un examen clinique complet et la prise en considération des plaintes du patient. Ils ont également admis que la chute accidentelle survenue en janvier 2005 avait entraîné une péjoration de l'état thymique (probablement fragile déjà auparavant), avec développement progressif d'une pathologie psychiatrique.

38. Par courrier du 30 mars 2009, Me MARSANO a pris acte que l'office intimé « reconnaît l'invalidité pleine et entière de mon client » et déclaré qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler.

### **EN DROIT**

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ).
2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000, ci-après : LPGA).
3. Le litige est circonscrit au point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 7 mars 2006. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si l'invalidité de l'assuré s'est modifiée au point d'influencer son droit à la rente entre le 13 septembre 2004, date de la décision confirmant l'octroi d'une demi-rente, et le 31 août 2007, date de la décision litigieuse par laquelle cette prestation a été maintenue.
4. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343)).
5. Lorsque l'autorité de première instance n'est pas entrée en matière sur une demande de réexamen, le requérant peut simplement recourir en alléguant que l'autorité a nié à tort l'existence des conditions requises pour l'obliger à statuer au fond, et le Tribunal de céans ne peut qu'inviter cette dernière à examiner la demande au fond,

---

si elle admet le recours (cf. ATF 109 Ib 246 consid. 4a ; JAAC 45.68 ; Grisel, op. cit., vol. II, p. 949s. ; Kölz/Häner, op. cit., p. 164). Les conclusions du recourant (soit « l'objet du litige » ou « Streitgegenstand ») sont donc limitées par les questions tranchées dans le dispositif de la décision querellée (soit « l'objet de la contestation » ou « Anfechtungs-gegenstand ») et celles qui en ressortent, en particulier les questions portant sur le fond de l'affaire, ne sont pas recevables (cf. ATF 131 II 200 consid. 3.2, 130 V 138 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1 et jurispr. cit.; Kölz/Häner, op. cit., p. 148ss ; Gygi, op. cit., p. 44ss ; Poudret, op. cit., p. 8s., n. 2.2; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, Berne 1991, p. 438, 444 et 446s.).

Partant, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, à la mise en oeuvre de mesures d'instruction complémentaires ou à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, sont irrecevables (sur la notion d'objet de la contestation, voir ATF 125 V 413; cf. également Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 437 ss).

En revanche, on peut admettre qu'en concluant à l'annulation de la décision litigieuse, le recourant a régulièrement conclu, quoiqu'implicitement, à ce que l'OCAI entre en matière sur la nouvelle demande de révision déposée le 7 mars 2006.

6. 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. 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).
7. Aux termes de l'art. 87 al. 4 RAI, la nouvelle demande doit établir de manière plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon 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 125 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande 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 n° 27).

8. 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).
9. Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a, ATF 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).
10. En tant que le principe inquisitoire ne s'applique pas à cette procédure, l'administration doit se limiter à examiner si les allégations de l'intéressé sont plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans 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'art. 87 al. 4 RAI, et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

En revanche, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite (ATFA du 20 novembre 2006, I 600/05, consid. 4).

11. En l'occurrence l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2009 a été établie postérieurement au dépôt du recours contre la décision de non entrée en matière du

31 août 2007, de sorte qu'il n'y aurait théoriquement pas lieu de prendre cette pièce en considération, conformément à la jurisprudence précitée (supra, § 5). Dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est, en effet, d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (voir aussi ATF du 31 octobre 2007, I 951/06, consid. 2.2 ; ATF du 8 janvier 2007, I 597/05, consid. 4.1).

Toutefois, pendente lite, l'OCAI, selon ses déterminations du 3 février 2009, est finalement non seulement entré en matière sur la demande de révision de l'assuré déposée le 7 mars 2006, mais s'est, également, déterminé sur le fond, puisqu'il a conclu à l'admission partielle du recours en proposant l'octroi d'une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005, compte tenu des conclusions de l'expertise privée du Dr U\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2009 et de l'avis du SMR du 28 janvier suivant. De son côté, le recourant a implicitement approuvé cette solution dans ses observations du 30 mars 2009.

Dans ces conditions, et même si elle constitue une simple conclusion qui ne saurait lier le Tribunal de céans (ATF 109 V 234, consid. 2), il y a lieu de donner suite à la proposition de l'office intimé, ce d'autant qu'un éventuel renvoi à l'administration (uniquement) aux fins d'entrée en matière sur la demande de révision serait vide de sens, faute d'objet.

Au demeurant, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions convaincantes du SMR du 28 janvier 2009, corroborant celles de l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2009, dont les conclusions, dûment motivées, répondent aux critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

En outre, c'est également à juste titre que l'office intimé a proposé l'octroi d'une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005 seulement (et non dès la survenance de l'accident du 31 janvier 2005), puisque l'assuré a requis la révision de sa rente par acte déposé le 7 mars 2006 : art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

12. Cela étant, il convient d'annuler la décision entreprise et de prendre acte de ce que l'OCAI s'est déclaré d'accord de verser ladite rente au recourant.
13. Obtenant gain de cause sur la base d'une expertise produite tardivement (cf. ci-dessus, § 11), soit postérieurement à la décision de non entrée en matière de l'OCAI du 31 août 2007, respectivement en dehors du délai de trente jours imparti à cet effet dans le projet de décision du 27 juin 2007 (art. 73 ter al. 1 RAI), le recourant n'a pas droit à des dépens.

14. Corollairement, il n'y a pas lieu de condamner l'OCAI à verser un émolument de justice, cet office n'ayant pas formellement succombé en l'occurrence (art. 69 al. 1bis LAI a contrario).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours ;

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 31 août 2007 ;
3. Prend acte de ce que l'OCAI a proposé au recourant l'octroi d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005 ;
4. L'y condamne en tant que de besoin ;
5. Dit que la procédure est gratuite ;
6. 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); 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 suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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