

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4763/2007

ATAS/618/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**Du 28 mai 2008**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO-  
ANGHELOPOULO Diane

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---



### **EN FAIT**

1. Monsieur C \_\_\_\_\_, a effectué un apprentissage de décolleteur, de 1971 à 1973, sans obtenir de CFC.
2. L'intéressé a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) en date du 29 août 2003, visant à l'octroi d'une rente. Dans sa demande, l'intéressé indiquait qu'il était au bénéfice du revenu minimum cantonal d'aide sociale depuis 1995 et qu'il souffrait d'une dépendance à l'alcool.
3. Dans un rapport établi à l'attention de l'OCAI en date du 30 septembre 2003, le Dr L \_\_\_\_\_, du Centre médical des Eaux-Vives, a posé les diagnostics d'éthylisme chronique, dépendance au cannabis, status après fracture de la rotule gauche, status post-TBC et tabagisme chronique. Ces affections entraînent une incapacité de travail de 100 % depuis le 11 janvier 2003, dans les activités de décolleteur, peintre ou magasinier.
4. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr L \_\_\_\_\_ mentionnait qu'il n'y a pas de réinsertion professionnelle à envisager. Quant à l'abus d'alcool, il n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé antérieure et n'a pas causé de dommage physique ou mental important.
5. Par décision du 3 juin 2005, l'OCAI a refusé le droit de prestations de l'assurance-invalidité, au motif que selon son service médical, l'éthylisme n'est ni la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé mentale ou physique et qu'il s'agit d'une toxicomanie primaire. Quant à la fracture de la rotule gauche, elle a présenté une évolution simple et dans ce cas, on admet une incapacité de travail de trois mois au maximum.
6. L'intéressé a formé opposition. Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 27 septembre 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ indiquait avoir pratiqué un examen sanguin qui confirme l'eczéma chronique de son patient, qui présente par ailleurs des stigmates somatiques de sa consommation exagérée d'alcool. Une reprise d'activité dans le domaine exercé jusqu'en 1998 est très peu probable dans ce contexte, surtout à cause de son manque total de motivation. Une expertise semblait utile. Le médecin traitant signalait par ailleurs que suite à un accident de moto survenu il y a deux semaines, le patient était actuellement hospitalisé.
7. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 14 novembre 2005, le Dr M \_\_\_\_\_, de la Clinique d'orthopédie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a posé le diagnostic d'une fracture comminutive du fémur droit survenu le 10 septembre 2005, entraînant une incapacité de travail de 100 % dès le 10

septembre 2005. S'agissant du pronostic, le Dr M\_\_\_\_\_ indiquait qu'une rééducation était en cours et qu'il était trop tôt pour se prononcer.

8. Par décision du 12 janvier 2006 entrée en force, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'intéressé. S'agissant de l'accident du 10 septembre 2005, l'OCAI indique qu'il constitue une nouvelle atteinte à la santé qui devra faire l'objet d'une nouvelle demande à l'échéance du délai de carence, soit en septembre 2006, au cas où l'invalidité due à cette fracture persisterait.
9. Le 24 janvier 2007, l'intéressé dépose une nouvelle demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
10. Le Dr L\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'intention de l'OCAI en date du 12 février 2007. Il indique que le 10 septembre 2005, le patient a été victime d'un accident de moto avec fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit ostéosynthésée à deux reprises. En outre, on a découvert une hépatite C chronique et une ostéoporose. L'évolution clinique de la fracture du fémur a été lentement favorable. Actuellement, il persiste une diminution de la mobilité de la hanche droite en flexion et en rotation, rendant difficile les déplacements sur les distances de plus de 500 mètres et la mobilisation du membre inférieur droit dans certaines activités (monter sur une échelle, se mettre à genoux, port de charges). L'hépatite C est stable, mais il n'y a pas de suivi régulier. Le patient ne veut pas de traitement qui est d'ailleurs contre-indiqué vu l'état général qui est stable, mais médiocre. Selon le médecin, le patient n'est plus capable d'exercer une activité nécessitant des déplacements, le port de charges, la mobilisation du tronc et un reclassement professionnel lui semble aléatoire.
11. L'OCAI s'est procuré les rapports d'hospitalisation. L'intéressé a séjourné dans le Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 10 septembre 2005 au 10 octobre 2005. Les médecins ont diagnostiqué une fracture comminutive supra-condylienne du fémur droit et une fracture coronale du condyle externe. Un examen densitométrique pratiqué le 23 septembre 2005 a montré une ostéoporose au niveau du col fémoral gauche et un bilan sérologique a mis en évidence une hépatite C. Dans un rapport du 16 novembre 2005, les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, du service de rééducation des HUG, ont indiqué que l'intéressé a séjourné dans l'unité de rééducation locomotrice du 10 octobre 2005 au 17 novembre 2005, date de son transfert à la Clinique genevoise de Montana. Les diagnostics suivants ont été posés : fracture comminutive supracondylienne du fémur droit plus fracture coronale du condyle externe, anémie post-opératoire macrocytaire, hypochrome régénérative, ostéoporose traitée depuis novembre 2005 et découverte d'une hépatite C active. Durant le séjour, le patient a bénéficié de rééducation à la marche en décharge complète du membre inférieur droit pendant six semaines sous protection d'une attelle. Le bilan sérologique pratiqué a révélé

une hépatite C active, avec une virémie élevée. L'incapacité de travail était totale à la sortie de l'hôpital.

12. Dans un rapport du 19 décembre 2005, la clinique genevoise de Montana a confirmé que l'intéressé a séjourné dans l'établissement du 17 au 29 novembre 2005 pour un status post-ostéosynthèse d'une fracture comminutive supracondylienne du fémur droit plus du condyle externe. Au titre des comorbidités, les médecins relèvent une hépatite C, une dépendance à l'alcool, au haschich, en utilisation continue, un tabagisme chronique, une ostéoporose, un status post-déplacement secondaire de la fracture ci-dessus reprise chirurgicalement le 3 octobre 2005, un status post TBC pulmonaire en 1988, un status post-fracture de la rotule gauche traitée conservativement en 2003, une ancienne dépendance à l'héroïne stoppée à l'âge de 23 ans et un status post-intervention pour arrêt de croissance du fémur gauche à l'âge de 14 ans. Dans la discussion du cas, les médecins relèvent que, du point de vue orthopédique, l'intéressé a bénéficié d'un programme de mobilisation active et il est autonome pour faire les escaliers en fin de séjour. Ensuite, malgré la consommation d'alcool et l'hépatite C active, les valeurs hépatiques se sont totalement normalisées. Le patient a été sensibilisé à la conjonction défavorable de son éthylisme et de l'hépatite C. Les médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de l'assuré.
13. Dans son rapport du 3 avril 2007 à l'attention de l'OCAI, le Dr L\_\_\_\_\_ mentionne comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un status après fracture de la rotule gauche et un status post-fracture comminutive supracondylienne du fémur droit en 2005. Le médecin indiquait qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, en tant que décolleteur, peintre ou magasinier. Une activité légère, sans effort est exigible, telle que gardien de musée, huissier, à raison de 4 heures par jour, après éventuel reclassement. Il faudrait un encadrement nécessaire dans le cadre de cette activité et l'absentéisme sera probable. Dans le rapport concernant les capacités professionnelles, le médecin relève que le patient peut garder la position assise ou debout 4 heures par jour, la même position du corps 2 heures par jour; il doit éviter la position à genoux, accroupie, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les parcours à pied sont possibles dans un maximum de 500 mètres.
14. Dans un avis du 26 juillet 2007, le SMR Suisse romande relève que l'assuré ne peut plus exercer d'activité lourde avec port de charges, ni marche en terrain irréguliers, dans des escaliers ou avec de longs déplacements. En revanche, dans toute activité adaptée, sa capacité de travail est entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Etant donné la dépendance de l'alcool et comme mentionné dans le rapport du Dr L\_\_\_\_\_, des mesures professionnelles ne doivent pas être mises en place car celles-ci seraient vouées à l'échec. Par contre, une aide au placement pourrait être discutée.

15. Par décision du 30 octobre 2007, l'OCAI a refusé à l'intéressé l'octroi d'une rente ainsi que des mesures d'ordre professionnel, au motif que son degré d'invalidité est de 10 %. En revanche, en cas de demande écrite, l'OCAI se déclare prêt à examiner une éventuelle aide au placement. Selon l'OCAI, étant donné que l'intéressé n'a pas de formation professionnelle achevée et qu'il n'a pas exercé d'activité de longue durée, le revenu sans invalidité a été déterminé en se référant aux statistiques dans une activité simple et répétitive, représentative d'une grande variété d'emplois et ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières. Moyennant un abattement de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité est ainsi de 10 %.
16. L'intéressé, représenté par son conseil, interjette recours en date du 4 décembre 2007. Il conteste le degré d'invalidité retenu par l'OCAI. Il estime que l'intimé a bâclé l'examen de son dossier, ne daignant pas demander son audition ni le soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire, alors qu'il souffre de multiples pathologies. Il rappelle qu'il souffre tout d'abord d'une malformation au bras gauche - déséquilibre qui lui cause des problèmes de dos - d'une ostéoporose et qu'il est porteur d'une hépatite C active. Il soutient qu'il ne fait aucun doute qu'il présente un degré d'invalidité d'au moins 40 %, avec une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2003. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et sur le fond, à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le montant doit être encore fixé après investigations complémentaires sur son degré d'invalidité.
17. Dans sa réponse du 16 janvier 2008, l'OCAI rappelle qu'après la première demande de rente, le SMR a confirmé une capacité de travail exigible dans une activité habituelle et adaptée. S'agissant de la nouvelle demande, l'OCAI relève que selon les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L\_\_\_\_\_, l'assuré ne doit pas exercer d'activités nécessitant des déplacements, le port de charges et la mobilisation du tronc, ni marcher sur un terrain irréguliers, monter des escaliers ou nécessitant de longs déplacements. Dans une telle activité adaptée, la capacité de travail est entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007 (*recte* : 2005 ?). Selon l'OCAI, le dossier de l'assuré contient toutes les informations médicales indispensables à l'évaluation de sa capacité de travail. Il conclut au rejet de recours.
18. Cette écriture a été communiquée à l'assuré le 28 janvier 2008.
19. Le 15 février 2008, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. La décision du 30 octobre 2007 a été notifiée au recourant par courrier B et a été reçue par ce dernier le 6 novembre 2007. Par conséquent, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si, postérieurement à la décision de refus de prestations, le recourant présente une aggravation de son état de santé ou une nouvelle atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon l'art. 87 al. 4 RAI, 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 les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après cet alinéa (dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> mars 2004), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'administration doit ainsi 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. Cependant, l'exigence sur le

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 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 (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27). 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 114 consid. 2b).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, 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. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI. 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. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

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).

6. En l'espèce, postérieurement à la décision de refus de prestations, le recourant a subi un accident de moto le 10 septembre 2005 ayant entraîné une fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit. En outre, une hépatite C active a été diagnostiquée, de même qu'une ostéoporose. Il s'agit-là d'atteintes nouvelles à la santé, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande.

Selon les médecins, le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis le 10 septembre 2005, suite à l'accident de moto, lors duquel une fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit ont été diagnostiquées. Ces fractures ont nécessité deux ostéosynthèses, ainsi que de la rééducation. Les séquelles de l'accident entraînent des limitations fonctionnelles, telles que décrites par son médecin traitant dans son rapport du 3 avril 2007, à savoir que le recourant doit éviter la position à genoux, accroupie, le travail en hauteur, les horaires de travail irréguliers et les parcours à pied excédant 500 mètres. Il peut garder la position assise ou debout 4 heures par jour et la même position du corps 2 heures par jour. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003 en tant que décolleteur, peintre ou magasinier; une activité légère, sans effort est exigible, à raison de 4 heures par jour.

Selon le SMR, la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée, dès le mois de décembre 2005.

Le Tribunal de céans constate qu'aucun rapport médical ne vient étayer cette appréciation. En effet, le Dr L\_\_\_\_\_ mentionne, certes, qu'une activité légère, sans effort, est exigible, mais seulement 4 heures par jours, ce qui correspond à un 50 %. Il n'indique toutefois pas depuis quand le recourant est apte à reprendre une activité adaptée. Quant aux médecins ayant soigné le recourant suite à son accident, ils ne se sont pas prononcés sur une reprise de travail. De surcroît, le dossier ne contient aucun renseignement médical concernant l'évolution de l'état de santé du recourant durant l'année 2006. Enfin, il y a lieu de relever que le recourant présente deux affections nouvelles, à savoir une hépatite C active ainsi qu'une ostéoporose, dont on ignore si elles ont des conséquences sur sa capacité de travail. S'agissant de la malformation du bras gauche, le dossier est muet sur ce point.

Ainsi, rien au dossier ne permet de fixer une reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée en décembre 2005 comme le fait le SMR.

7. Le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, par trop lacunaire. La cause est en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire. Les médecins devront se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant au regard de l'ensemble de ses atteintes à la santé, décrire les limitations fonctionnelles, dire depuis quand une reprise de travail est exigible, dans quelle activité et à quel taux. Le cas échéant, l'intimé devra examiner si des mesures professionnelles devront être mises en place.
8. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGa).
9. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 30 octobre 2007.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
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); 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 BALDE

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