

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4881/2017

ATAS/53/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 janvier 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé ou l'assuré), ressortissant somalien né en 1977, s'est établi en Suisse le 23 décembre 2008 et a obtenu le statut de réfugié.
2. Le 20 mai 2011, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en invoquant une amputation à mi-jambe pratiquée en Somalie en 2007 après une blessure par balle. Il a précisé n'avoir jamais travaillé en Suisse.
3. Dans un certificat du 28 février 2011, deux médecins du Département de médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont indiqué que l'intéressé était appareillé d'une prothèse de jambe ; ils ont également mentionné une surdité de l'oreille droite, secondaire à un traitement médicamenteux administré en Somalie. Les médecins ont souligné l'importance, pour leur patient, de pouvoir bénéficier d'un logement adapté à son handicap (c'est-à-dire dans un immeuble avec ascenseur ou au rez-de-chaussée).
4. Par décision du 8 juillet 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 31 mai 2008 (*sic*), au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies, la survenance de l'invalidité étant antérieure à l'arrivée en Suisse de l'intéressé.
5. Le 18 février 2014, celui-ci a déposé une nouvelle demande de prestations.
Il a rappelé l'amputation à mi-jambe de son membre inférieur droit en 2007 et invoqué des complications cutanées (dermabrasions sous le moignon) le limitant dans les activités impliquant une station debout prolongée. Il a également évoqué sa surdité droite et précisé que les atteintes remontaient à 2007.
6. Le 11 mars 2014, la doctoresse B_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté qu'à son arrivée en Suisse, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (plutôt de type sédentaire, sans déplacements excessifs, n'impliquant ni escaliers, ni marche sur terrain irrégulier) et que la nouvelle demande de prestations mentionnait les mêmes atteintes que la première, sans élément parlant en faveur d'une aggravation objective.
7. Par courrier du même jour, l'OAI a fait remarquer à l'intéressé que sa nouvelle demande ne fournissait pas d'indice en faveur d'une dégradation de son état de santé. Qui plus est, l'atteinte était survenue avant son arrivée en Suisse. Partant, l'OAI maintenait sa position initiale.
8. Le 16 février 2015, l'intéressé a adressé à l'OAI une troisième demande de prestations, à l'appui de laquelle il a produit un certificat médical établi le 13 février 2015 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne.

Ce médecin y fait mention d'une tuberculose en 2006, d'une malaria en 2007 - dont le traitement par quinine a eu pour effet secondaire la surdité de l'oreille droite - et d'un status post-amputation à mi-jambe du membre inférieur droit sur blessure par balle, avec prothèse.

9. Par courrier du 23 février 2015, l'OAI a rappelé à l'intéressé que son droit aux prestations avait déjà été examiné dans le cadre d'une décision rendue le 8 juillet 2011. Il lui a expliqué que l'entrée en matière sur une nouvelle demande n'était possible qu'à condition que soit rendue plausible une aggravation de son état de santé depuis lors et l'a invité à produire, dans les 30 jours, un rapport médical circonstancié en ce sens.
10. Par courrier du 4 mars 2015 à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué ne pouvoir confirmer une aggravation, l'état de son patient étant resté stable depuis sa dernière évaluation, en 2011.
11. Par décision du 12 mai 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute de modification essentielle des circonstances.
12. Le 24 février 2017, l'assuré a rempli une quatrième demande de prestations - reçue par l'OAI le 23 mars suivant -, à laquelle il a joint un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM), daté du 15 avril 2016, concluant à une occlusion de l'artère carotide interne gauche et à un anévrisme du segment ophtalmique de l'artère carotide interne droite, à corréliser à un avis neurologique.
13. Par courrier du 9 mai 2017, l'assuré a invité l'OAI à contacter son médecin et allégué que cet anévrisme lui causait d'importants maux de tête.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2016, le docteur D_____, médecin au Service de neuroradiologie des HUG, confirmait qu'un petit anévrisme de la carotide interne droite de 3 mm. avait été mis en évidence en avril 2015, par une IRM réalisée dans un contexte de traumatisme crânien. Aucun geste thérapeutique n'était envisagé en raison de la petite taille, de la morphologie et de la localisation de cet anévrisme. Une surveillance avec angio-IRM à cinq ans était préconisée.

14. Dans un rapport de mai 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé les diagnostics de status post-amputation à mi-jambe en 2007 et de surdité partielle. Le médecin a également évoqué, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, une allergie de type rhinite, des migraines occasionnelles, un petit anévrisme de l'artère carotide interne découvert fortuitement et une occlusion de l'artère carotide interne depuis 2009.

Le médecin a souligné que l'intéressé n'avait jamais travaillé en Suisse, n'avait pas de formation et ne maîtrisait pas le français.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : périmètre de marche restreint, pas de station debout prolongée, obligation d'alterner les positions, impossibilité de se déplacer sur terrain irrégulier, de travailler penché, accroupi, agenouillé, en hauteur, ou même en rotation assise, pas de port de charges.

15. Le 16 octobre 2017, le docteur F_____, médecin au SMR, a émis l'avis qu'aucune modification durable et notable de l'état de santé de l'intéressé n'avait été rendue plausible.
16. Le 18 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait, en l'absence de modification de son état, de lui nier tout droit aux prestations.
17. Par courrier du 15 novembre 2017, l'intéressé a invité l'OAI à réexaminer sa demande sous l'angle de la réadaptation. Il avait consulté le docteur G_____, qui considérait qu'il lui était impossible d'intégrer le marché du travail en raison de ses nombreuses limitations ; un rapport médical complet serait prochainement adressé à l'OAI.
18. Par décision du 16 novembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
19. Par écriture du 7 décembre 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il allègue que son handicap l'empêche de trouver un emploi, que son état de santé s'aggrave, que le port de sa prothèse lui occasionne des douleurs à la jambe droite, qu'il souffre par ailleurs de surdité, d'une occlusion d'artère et d'hypertension artérielle.
20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 janvier 2018, a conclu au rejet du recours.
21. Les 26 janvier 2018, 1^{er} et 5 février 2018, l'assuré a notamment produit :
 - un rapport de consultation d'otologie du 7 mai 2009 mentionnant une surdité profonde à droite ;
 - un rapport d'IRM du 20 novembre 2009, excluant une lésion rétro-cochléaire ou de l'angle ponto-cérébelleux ;
 - un rapport de consultation du 18 août 2016 du Service de chirurgie orthopédique des HUG, diagnostiquant une névrite du nerf sural d'origine post-traumatique sur une contusion directe à droite, préconisant un traitement conservateur ;
 - une interprétation du profil tensionnel du 14 décembre 2017 par la Professeure H_____, médecin au Centre d'hypertension des HUG, concluant à des valeurs de pression artérielle contrôlées, voire basses sous médication ;
 - un examen écho-doppler carotidien et vertébral du 18 janvier 2018 révélant la persistance d'une occlusion de la carotide interne gauche, stable depuis quatre ans, aucun autre examen n'étant prévu ;

- une radiographie du membre inférieur gauche du 26 janvier 2018 concluant à une tuméfaction des parties molles du moignon jambier, sans lésion osseuse associée.

22. La Cour de céans a entendu les parties le 3 mai 2018.

Le recourant a exposé qu'il ne parle quasiment pas le français. Il a rappelé ses problèmes de santé, évoquant notamment un blocage au niveau de la nuque depuis 9 ans, nécessitant une surveillance annuelle. Selon lui, ses douleurs à la jambe droite et au dos ont augmenté. Il doit désormais s'aider d'une béquille et doit prendre des antidouleurs pour dormir. Il n'arrive pas à trouver un emploi malgré ses efforts, les employeurs étant réticents à l'engager par crainte d'un accident. Cette situation crée des tensions et contribue à l'augmentation de ses maux de tête.

À l'issue de l'audience, 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), 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 les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son degré d'invalidité a évolué depuis la décision de l'intimé du 8 juillet 2011.
4. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

L'art. 36 al. 1 LAI dispose qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

7. a) Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b).

b) S'agissant du droit à la rente, l'invalidité est réputée survenue lorsque naît ce droit conformément à l'art. 8 al. 1 LPGa en corrélation avec l'art. 28 LAI, c'est-à-dire au plus tôt lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40 % a duré une année au moins (arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2014 du 5 novembre 2014 consid. 3).

c) Pour ce qui est de la survenance de l'invalidité pour les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'art. 10 al. 2 LAI prévoit que le droit aux autres mesures de réadaptation et aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel

l'invalidité, compte tenu de sa nature et de sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation et la rend possible. L'événement assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaît nécessaire, et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés. Par conséquent, même si la nécessité de mesures de réadaptation futures est souvent reconnaissable peu après l'événement à l'origine de l'invalidité, cela ne signifie cependant pas que le cas d'assurance respectivement l'invalidité sont alors survenus pour la mesure d'ordre professionnel en cause. Ce qui est déterminant à cet égard, c'est la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé, en fonction de sa nature et de sa gravité actuelles, rend nécessaire la mesure d'ordre professionnel, d'une part, et en permet, d'autre part, la mise en œuvre. L'invalidité ne survient donc pas déjà lorsqu'il apparaît qu'une mesure d'ordre professionnel sera nécessaire, mais seulement lorsque l'état de santé de l'assuré rend possible une telle mesure. Aussi longtemps que la mise en œuvre de la mesure d'ordre professionnel est exclue en raison de l'état de santé de l'assuré, l'invalidité n'est pas survenue pour la mesure en cause (ATF 140 V 246 consid. 6.2 et les références).

8. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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 dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec

celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2).

9. Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).
10. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la dernière décision examinant au fond son droit aux prestations d'invalidité, c'est-à-dire depuis le 8 juillet 2011.

Dans sa décision d'alors, l'OAI a nié le droit aux prestations au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies, l'invalidité étant survenue avant l'arrivée en Suisse.

Force est de constater que les atteintes invoquées par le recourant à l'appui de sa demande de prestations (amputation d'un membre inférieur et surdité) sont effectivement antérieures à son arrivée en Suisse. Dès lors, l'intimé ne répond pas de l'éventuelle invalidité qu'elles pourraient entraîner.

Quant à l'aggravation invoquée par le recourant, elle n'est pas établie. En mars 2015, le Dr C_____ s'est fait l'écho de l'envie de son patient de travailler et n'a pas exclu la reprise d'une activité pour des motifs médicaux. En mai 2017, le Dr E_____ n'a pas cité d'autres atteintes invalidantes que celles liées à l'amputation de la jambe et à la surdité ; s'il a bien mentionné un anévrisme, c'est en précisant qu'il était sans influence sur la capacité de travail. Ce médecin n'a, lui non plus, pas proscrit l'exercice d'un emploi adapté aux limitations fonctionnelles. Les motifs qu'il a avancés pour justifier l'inactivité de son patient relevaient de difficultés linguistiques et d'un défaut de formation. Enfin, si les autres rapports médicaux ne se prononcent pas expressément sur la possibilité pour le recourant de reprendre une activité lucrative, force est de constater que leur contenu ne suffit pas à mettre en doute les conclusions des médecins traitants : l'anévrisme ne nécessite pas de mesures autres qu'une surveillance quinquennale et l'hypertension est sous contrôle, selon l'analyse des spécialistes des HUG.

Le recourant lui-même ne semble pas réellement contester sa capacité résiduelle de travail, puisqu'il indique rechercher sans succès un emploi. C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du

travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part. En outre, les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont étrangers à la définition de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1 et 4.2). Ainsi, les difficultés que le recourant pourrait rencontrer dans sa recherche d'emploi, tels que les obstacles linguistiques ou l'absence de formation, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et ne fondent ainsi pas de droit aux prestations de cette assurance.

Dans ces circonstances, on doit admettre que le recourant dispose encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son degré d'invalidité ne s'est donc pas modifié dans une mesure suffisante pour lui ouvrir droit à des prestations.

Eu égard à ces éléments, la décision de l'intimé est fondée.

Le recours est rejeté.

La procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), le recourant supporte l'émolument de CHF 300.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 300.- à la charge du recourant.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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