

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1113/2020

ATAS/1259/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BELLEVUE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 15 juin 2005, en indiquant comme atteinte à la santé « mal au dos et dépression » ; l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente en date du 29 avril 2008, au motif qu'aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'avait été retenu, tant au niveau physique que psychiatrique.
2. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, en date du 17 novembre 2008, qui a fait l'objet d'une nouvelle instruction et a abouti à une nouvelle décision de refus de prestations, datée du 20 mai 2009, au motif qu'il n'existait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité qui pouvait limiter la capacité de gain de l'assuré de façon permanente et durable.
3. Une troisième demande de prestations a été déposée par l'assuré, le 4 octobre 2016 ; ce dernier a transmis à l'OAI diverses pièces médicales, notamment une échographie de l'épaule droite, datée du 28 juillet 2015, ne faisant apparaître aucune anomalie en dehors d'une lame de liquide au sein de la bourse sous acromio-deltaïdienne et un scanner lombaire, daté du 6 octobre 2015, faisant apparaître une discrète discopathie étagée entraînant un rétrécissement canalaire, des remaniements postérieurs des deux pièces mobiles et l'absence d'hernie discale. Était jointe à ces pièces, une attestation du docteur B_____, généraliste, datée du 17 octobre 2016, dont le diagnostic était : une obésité morbide, une HTA trachéo co-diovan, une hypercholestérolémie, un diabète de type II et une lombalgie sur discopathie étagée et canal étroit. Par courrier du 26 novembre 2016, l'assuré a encore mentionné avoir consulté le docteur C_____, psychiatre, qui a - selon les dires de l'assuré - refusé de remplir le rapport médical que l'assuré lui avait demandé, « par honnêteté », car il n'avait « pas été consulté suffisamment souvent pour le faire ». L'assuré ajoutait qu'il ressentait des troubles du sommeil, des angoisses, des maux de tête, des troubles de mémoire et d'équilibre liés - selon lui - à un accident qu'il avait eu et des problèmes de dos.
4. N'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, depuis la dernière décision, une décision de non entrée en matière lui a été notifiée par l'OAI le 26 janvier 2017.
5. En date du 4 octobre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en indiquant comme atteinte à la santé, des douleurs aux talons, un mal de dos et de bras et le fait qu'il était diabétique. Plusieurs pièces médicales ont été transmises par l'assuré à l'OAI, soit :
 - un rapport de radiologie du 28 mai 2019, soit un scanner du canal lombaire, pratiqué à la demande du Dr B_____, dont la constatation était que les dimensions du canal lombaire étaient normales ;

- un rapport d'imagerie médicale du cerveau, réalisé par le docteur D_____, radiologue, en date du 11 juin 2019, indiquant qu'à l'étage sous-tentorial, le IV ventricule était de topographie et de morphologie normale et que les deux hémisphères cérébelleux étaient symétriques, que les citernes de la base et ponto-cérébelleux étaient conservés et à l'étage sus-tentorial, que les ventricules latéraux et le ventricule III n'étaient pas déplacés ni dilatés, qu'il y avait un aspect élargi des vallées sylviennes et des sillons corticaux dans la partie supérieure de la convexité, qu'il n'y avait pas d'hématome intra parenchymateux extra- ni sous-dural, pas d'anomalie de signal en substance blanche, que la selle turcique était partiellement vide, qu'il y avait une image polyptique, de taille centimétrique occupant le sinus maxillaire gauche et un épaississement muqueux au niveau des cellules ethmoïdales dans le cadre de sinusite ;

- un courrier du docteur E_____, radiologue, du 16 septembre 2019 concernant un examen de la colonne cervicale, dorsale et lombaire face et profil du 16 septembre 2019, qui décrivait un alignement conservé, une absence de fracture ou de tassement, des remaniements dégénératifs débutants incluant une arthrose débutante de la charnière cervico-occipitale et une ostéochondrose invertébrale débutante L5-S1 avec spondylarthrose débutante L4-L5 et L5-S1. Il constatait également une absence d'arthrose sacro-iliaque bilatérale significative ;

- un courrier de la doctoresse F_____, radiologue, du 17 septembre 2019, concernant un examen des talons droits et gauches face et profil du 16 septembre 2019, qui décrivait un enthésophyte sous-calcanéen à l'insertion de l'aponévrose plantaire superficielle du côté droit, du côté gauche un minime enthésophyte débutant, de façon bilatérale un minime enthésophyte sus-calcanéen à l'insertion du tendon achilléen.

6. Le SMR de l'OAI a pris en compte les pièces médicales produites ; dans un avis du 13 janvier 2020, le docteur G_____a examiné et commenté les documents médicaux. S'agissant de la radiographie du 16 septembre 2019, il s'agissait d'images banales et rassurantes chez une personne de plus de 50 ans, s'agissant de l'IRM du cerveau du 11 juin 2019, il n'y avait pas d'anomalie rapportée, s'agissant du scanner lombaire du 28 mai 2019, les dimensions du canal lombaire étaient normales, s'agissant des radiographies des talons droits et gauches du 17 septembre 2019, les constatations qualifiées par le radiologue de minimes et débutantes ne contre-indiquaient pas un travail de façon durable. En conclusion « les éléments médicaux versés au dossier (n'étaient) pas de nature à modifier à rendre plausible une modification notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision AI ».
7. Par courrier du 16 janvier 2020, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière rappelant que les précédentes demandes de l'assuré avaient été rejetées par décisions des 29 avril 2008, 20 mai 2009 et 26 janvier 2017 et que suite à la nouvelle demande du 4 octobre 2019, aucun élément médical de nature à rendre plausible une modification notable et durable de l'état de santé

depuis la dernière décision n'avait pas pu être constaté. L'OAI ne pouvait donc pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

8. L'assuré n'a pas réagi.
9. En date du 5 mars 2020, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, considérant que depuis les précédentes demandes de prestations de l'assuré, la situation professionnelle ou médicale ne s'était pas notablement modifiée. En effet, après analyse des documents médicaux qui avaient été produits, le SMR concluait que les éléments médicaux versés au dossier n'étaient pas de nature à rendre plausible une modification notable et durable de l'état de santé de l'assuré, depuis la dernière décision qui datait du 26 janvier 2017. Par conséquent, l'OAI refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.
10. Par courrier du 1^{er} avril 2020, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 5 mars 2020. Il a invoqué que sa santé ne s'était pas améliorée depuis le dépôt de sa première demande, qu'il souffrait de diabète, de maux de tête, de troubles de sommeil, de mal de dos, d'obésité et d'état dépressif, et que dans ces conditions, il était impossible de trouver un emploi. Il se disait prêt à se soumettre à une expertise médicale. Il concluait en demandant un réexamen de son dossier et que l'on donne une suite positive à son recours.
11. Par courrier du 15 avril 2020, l'OAI a répondu au recours, rappelant que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que si l'assuré rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'intimé considérait que le recourant n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle ; en effet, le SMR avait pris en compte toutes les pièces médicales produites par ce dernier et avait conclu dans son avis du 13 janvier 2020 que les éléments médicaux versés au dossier n'étaient pas de nature à modifier, à rendre plausible une modification notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision rendue par l'OAI.
12. Par courrier du 24 juin 2020, le recourant a répliqué à la réponse de l'OAI et a dit comprendre que les documents justificatifs et radiographies qui avaient été transmis à cet office n'avaient pas permis à ce dernier de modifier son point de vue. Il ajoutait qu'il ne voulait pas répéter ici ses nombreux ennuis de santé qui étaient un réel obstacle pour trouver un employeur et a ajouté qu'il était découragé par cette décision négative et incompréhensible.
13. Sur ce, 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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. La question litigieuse consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque

l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

5. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).
6. En l'espèce, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 4 octobre 2019. Les pièces médicales qu'il a annexées à sa demande ne font pas état d'une pathologie particulière, si ce n'est des signes d'usure correspondant à l'âge de l'assuré, ainsi que des troubles minimes et débutants au niveau des talons.

Le médecin du SMR a examiné l'ensemble des documents médicaux produits et en a tiré les conclusions qu'il n'y avait pas de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré ce qui a entraîné un refus d'entrer en matière.

Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la chambre de céans ne peut examiner la situation que d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué.

Au vu des pièces médicales produites par le recourant et de l'avis du SMR de l'intimé, la chambre de céans considère comme établi qu'il n'existe pas d'indice rendant plausible l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière

décision rendue par l'intimé en 2017. La décision querellée de refus d'entrer en matière est donc justifiée.

7. Partant, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
8. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 200.- 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

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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