

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1774/2016

ATAS/267/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 avril 2017**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, représenté  
par APAS-Association permanence de défense des patients et  
assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président;, Pierre-Bernard PETITAT et  
Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. En date du 27 mars 2008, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1964, ressortissant suisse d'origine irakienne, divorcé et père de deux filles respectivement nées en 1995 et 1999, vitrier, domicilié à Genève, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), pour maladie : victime d'un infarctus du myocarde le 25 mars 2007, il en était résulté une souffrance psychologique qui perdurait. L'atteinte existait dès la date de l'infarctus. Son état de santé le trahissait et il souffrait pour cette raison, n'arrivant plus à travailler à 100%. Il craignait que son cœur le lâche, et que sa souffrance psychologique aggrave sa situation.
2. Son employeur, B\_\_\_\_\_ et Cie SA, a indiqué dans son rapport que l'assuré a de gros problèmes cardiaques. Il avait tout fait pour rester dans l'entreprise. Alors qu'avant son atteinte à la santé il était vitrier à 100 %, on lui avait trouvé un poste d'aide- magasinier, à 50 % depuis le 3 septembre 2007. Son activité consistait dans la réception et le contrôle des marchandises, le rangement et la préparation des commandes. Le nouveau poste lui convenait car il ne portait pas de lourdes charges, mais à la fin de la matinée sa fatigue était palpable.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, cardiologue-traitant de l'assuré à l'époque, a attesté de diverses incapacités de travail successives : 100 % du 25 mars au 2 septembre 2007 ; 50 % du 3 septembre au 7 octobre 2007 ; 100 % du 8 au 14 octobre 2007, et à nouveau 50 % dès le 15 octobre 2007.

Dans un rapport du 17 avril 2008, ce médecin a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'infarctus du myocarde, dysfonction systolique du ventricule gauche, en mars 2007, état dépressif en avril-mai 2007 ; et celui d'hypercholestérolémie, sans effet sur la capacité de travail. Du point de vue médical l'activité exercée était toujours exigible à 50 % mais en évitant de porter des charges supérieures à 10 kg. Le rendement était réduit, en raison d'une insuffisance cardiaque symptomatique. Le patient était diminué physiquement avec une composante dépressive assez marquée.

4. Plusieurs documents émanant notamment de la Zurich assurances, et/ou de la CMBB - groupe Mutuel - (ayant succédé à la Zurich dès le 1.1.2008), assureurs perte de gain-maladie, avaient à l'époque été réunis par l'OAI avant sa prise de décision :
  - Rapport d'expertise du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 25 mai 2007 : en substance l'assuré avait fait un infarctus inaugural nocturne le 24 mars 2007 et ne s'était rendu à l'hôpital que le lendemain. Il avait été procédé à la désobstruction de l'IVA et à la pose d'un stent. L'assuré était sorti de l'hôpital le 5 avril 2007 pour un retour à domicile. L'évolution était favorable. Il faisait actuellement une réadaptation cardio-vasculaire à Beau-Séjour (HUG). L'incapacité de travail était due au diagnostic de status après infarctus aigu du myocarde et pose d'un stent, sans comorbidité. L'arrêt de

travail était justifié jusque-là. Vu l'évolution favorable, une reprise du travail à 100 % était exigible dès le début juin 2007.

- Rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, du 10 août 2007, complémentaire au précédent, indiquant qu'un contrôle cardiologique complet avait eu lieu le 4 juin 2007 par le cardiologue traitant. En conclusion il persistait une akinésie antéro-apico-septale et une fonction systolique modérément abaissée. Sur conseil de son médecin traitant, l'expertisé avait fait deux tentatives infructueuses de reprise du travail les 6 juin et 16 juillet 2007. Quelques heures après la reprise du travail, sans effort particulièrement violent, l'assuré avait cru ressentir les mêmes douleurs - que lors de son infarctus - au niveau thoracique avec irradiations dans le bras gauche. Persuadé de l'origine cardiaque de ces symptômes, il avait pensé à une récurrence d'infarctus. Il avait aussitôt arrêté le travail. De son propre chef il consultait un psychiatre (Centre de psychologie clinique : ci-après CPC). Au cours de la discussion, il apparaissait clairement que l'assuré souhaitait reprendre le travail, mais qu'il était extrêmement anxieux à l'idée d'une récurrence d'un accident cardiaque. Il n'avait manifestement pas bien compris ce qui lui était arrivé, mais juste qu'il aurait pu mourir étant donné qu'il avait tardé à venir à l'hôpital. Il résultait d'un test de Hamilton que le score de dépression était de 8 (norme 8-10) et le score d'anxiété était de 19 (norme 8-10). En réponse aux questions de l'assureur, le diagnostic motivant la capacité de travail est toujours le même mais un état anxieux secondaire influence la capacité de travail. Après deux échecs de reprise de travail, une prise en charge psychologique a été entreprise avec l'introduction d'un antidépresseur. L'impact psychologique de la situation n'ayant pas bien été pris en compte jusqu'ici, une prolongation de l'arrêt de travail de deux mois au maximum était justifiée. De plus, des éléments non médicaux, (son emprisonnement en Irak durant huit mois, victime de torture, assassinat récent de son frère) avaient certainement fragilisé sa personnalité. Une prise en charge psychothérapeutique régulière à raison d'une fois par semaine avec l'adjonction d'un antidépresseur anxiolytique était absolument nécessaire. La réussite du retour au travail était liée au succès de la psychothérapie. Une reprise de travail à 50 % était exigible dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007 pour une durée de quatre à six semaines, puis reprises à 100 %.
- Rapport d'expertise psychiatrique du 1<sup>er</sup> avril 2008 du docteur E\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel évoquait dans les renseignements anamnestiques le fait que de 1980 à 1988 l'assuré avait participé à des activités militaires avec les kurdes. Par la suite il avait dû quitter son pays ; le dossier fait référence à des épisodes de torture qu'il aurait vécus dans son pays. Il a vécu en Syrie durant deux ans ; il était en Suisse depuis 1991, d'abord en tant que réfugié politique et il avait finalement été naturalisé en 2006. Dans les antécédents psychiatriques, l'expert a relevé un épisode dépressif durant le conflit armé ; anxiété dans les rapports sociaux ; exacerbation de son anxiété

depuis la survenue d'un infarctus en mars 2007. L'expert relevait au niveau des plaintes subjectives que l'assuré pense souffrir de problèmes d'anxiété et de dépression. À l'anamnèse orientée, l'expertisé décrit quelques problèmes de concentration et de mémoire, un ralentissement psychomoteur, une tendance à la rumination. L'assuré était anxieux, il pensait beaucoup à sa famille en Irak qu'il n'avait pas revu depuis de nombreuses années. Il n'y avait pas d'attaque de panique actuellement ni d'agoraphobie. Il y avait une certaine anxiété dans les situations sociales, l'assuré se décrivant comme timide, il avait des réticences face à des demandes, était angoissé par le regard des autres. L'intéressé paraissait assez ralenti et fatigué en fin d'entretien ; il présentait une tristesse assez importante et son visage était très peu expressif ; tension psychique. Pas de symptômes psychotiques ni d'éléments psychopathologiques manifestes. Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail : épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11) depuis le printemps 2007 ; sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité évitante, date d'apparition indéterminée. L'assuré se plaignait essentiellement de tristesse, d'angoisse, d'une fatigue importante, de sentiment de dévalorisation, d'idées noires et suicidaires, de troubles de l'appétit et du sommeil. A l'examen clinique : assez ralenti, tristesse modérée à sévère, déroulement de l'entretien assez lent. De façon globale, les plaintes subjectives correspondaient bien aux constatations objectives. L'état dépressif était bien manifeste depuis la survenue de l'infarctus, mais il était probable que précédemment il y avait déjà un état sub-dépressif sous forme d'une dysthymie. Dans un passé récent, l'assuré s'était séparé en 2003 et avait divorcé en 2005 ; en 2006 ou 2007 il avait perdu un de ses frères en Irak, ce qui l'avait considérablement affecté. Quant à la capacité de travail, les limitations fonctionnelles en lien avec cet état dépressif étaient surtout un important ralentissement psychomoteur et une importante fatigue. La fatigue s'expliquait tout à fait au vu de l'intensité de l'épisode dépressif. Elle était responsable de la persistance d'une incapacité de travail. L'assuré pouvait travailler quatre heures par jour avec une baisse de rendement de 25 %. La capacité de travail résiduelle était dès lors de 37.5 %. Une annonce auprès de l'assurance-invalidité paraissait tout à fait justifiée. Au vu de l'état dépressif, il y avait un risque dans une activité de vitrier qui pouvait potentiellement être dangereuse. Il faudrait s'assurer que l'activité professionnelle de l'assuré n'implique pas des ports de charges trop lourdes ou d'activité dangereuse. Le traitement antidépresseur devait être adapté pour essayer d'améliorer son état psychique et éventuellement obtenir un meilleur rendement ou augmenter la présence sur son lieu de travail à cinq ou six heures par jour. Au vu de la persistance de l'état dépressif, il paraissait indispensable de modifier le traitement pharmacologique avec augmentation de la posologie du Deroxat, dans un premier temps puis par son remplacement par de l'Efexor si la réponse était insuffisante. Ces changements devaient s'opérer avec un contrôle ECG régulier au vu de ses antécédents cardiologiques. L'efficacité de telles mesures

---

était incertaine vu le contexte psychosocial. On ne pouvait s'attendre à une augmentation de son temps de travail à plus de 37.5 % pour l'instant. Un travail plus léger pourrait permettre un taux d'activité plus important, dont le taux ne pouvait toutefois pas être déterminé au moment de l'expertise.

- Le 22 mai 2008, le rapport médical du CPC (doctoresse F\_\_\_\_\_ FMH en médecine générale et M. G\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute) retenait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : état post-traumatique réactivé et prolongé (F 43.1) associé à une dépression chronique et somatisation significative depuis environ deux ans et demi. Diagnostic sans effet sur la capacité de travail, très partiellement : somatisation dont cardiaque depuis environ deux ans ; à l'anamnèse : difficultés relationnelles avec son ex-épouse, les années de maquis sous le régime irakien de Saddam HUSSEIN, la rumination et les scènes de guerre en reviviscence, mais le pronostic était à moyen terme une stabilisation, et à long terme il était réservé. Quant à la capacité de travail, selon le médecin traitant elle était de 50 % pour le moment ; et du point de vue du médecin et du thérapeute du CPC, la souffrance cardiaque se situant en aval de sa souffrance psychologique, ils présumaient que l'incapacité de travail était pratiquement totale depuis environ deux mois. Elle se manifestait par un état d'épuisement, de surinvestissement, et une présence peu productive.
- 5. Dans un avis du 3 juin 2008, le SMR (Dr H\_\_\_\_\_) retenait des limitations physiques dues à l'insuffisance cardiaque : la capacité de travail dans l'activité habituelle n'était plus exigible, mais elle l'était à hauteur de 50 % dans une activité adaptée depuis septembre 2007. Le pronostic semblait défavorable et il proposait une révision dans les 2 ans.
- 6. Par décision du 3 novembre 2008, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50 % dès le 25 mars 2008, fin du délai d'attente, et basée sur un degré d'invalidité de 50 %. Cette décision est entrée en force.
- 7. En 2010, il a été procédé à une révision de la rente.  
  
Dans un rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2010, le CPC indiquait que l'état de santé s'était légèrement aggravé depuis août 2010, aggravation relative, le pronostic était très réservé à moyen long terme. Dans le questionnaire de détails, il mentionne que l'aggravation est relative depuis mai 2010 mais devenue manifeste depuis août 2010. Limitations fonctionnelles : tonus diminué, déprime davantage, discrètes idées noires émergentes. Délicate situation de souffrance liée à la limite objective cardiaque.
- 8. Le 4 novembre 2010 un rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ se prononce sur la question cardiaque : stationnaire depuis deux ans.
- 9. Le 8 novembre 2010, l'OAI a confirmé à l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente ; il continuait à bénéficier d'une rente (demi-rente) basée sur un taux d'invalidité de 50 %.

10. Entre-temps l'assuré s'est remarié le 27 avril 2010 en Irak. Deux enfants sont issus de cette nouvelle union, respectivement les 1<sup>er</sup> février 2012 et 30 août 2013.
11. Le 28 avril 2015 il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il était suivi entre-temps par d'autres médecins notamment le docteur I\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, le docteur C\_\_\_\_\_ pour le cœur, le Dr J\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et en pneumologie, pour les apnées du sommeil. En annexe figure le constat médical du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 avril 2015 : « présente une aggravation de son état de santé, avec asthénie importante et apnées du sommeil sévère. Il faut refaire une expertise AI (pour 100% ?) ».
12. Le Dr I\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau courrier à l'OAI le 18 mai 2015 : « (le patient) présente une aggravation de son état de santé avec une forte somnolence diurne et une asthénie importante due à un syndrome d'apnées du sommeil sévère (sommeil inférieur à 73 %) son état de santé ne lui permet plus aucune activité et une réévaluation de sa rente à 100 % est nécessaire ».
13. Il ressort d'une note de travail de l'OAI du 19 juin 2015 : « octroi initial d'une demi-rente en raison d'une affection cardiaque. Nouvelle demande. Signalisation d'une aggravation de l'état de santé due à une apnée du sommeil sévère. Le SMR s'est prononcé sur l'aspect objectif de l'aggravation signalée. Proposition : non-entrée en matière.
14. Par courrier du 17 juillet 2015 l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel l'office envisageait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 29 avril 2015 : l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était dégradé depuis la décision initiale (du 3 novembre 2008). L'OAI ne pouvait donc pas entrer en matière sur cette demande de révision.
15. Par courrier du 21 juillet 2015, l'assuré a contesté l'appréciation de l'OAI : vu l'aggravation de son état de santé, entre autres sur le plan psychologique, il avait repris son suivi psychologique et psychiatrique, depuis le 2 juillet 2015, avec M. G\_\_\_\_\_ et la Dresse K\_\_\_\_\_. Il pria l'office de faire parvenir à ces deux thérapeutes le CD de son dossier.
16. L'OAI a répondu à l'assuré par courrier recommandé du 24 juillet 2015 : sa lettre du 21 juillet 2015 n'apportait aucun élément objectif médical nouveau. Un délai lui était fixé au 25 septembre 2015 pour communiquer ses observations, ainsi que des documents médicaux (rapport médical circonstancié, examens spécialisés...).
17. Le 24 septembre 2015, la Dresse K\_\_\_\_\_ a adressé son rapport à l'OAI, (contresigné par M. G\_\_\_\_\_). Le patient exerçait une activité lucrative à 50 % ; les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient : séquelles de stress post-traumatique (F43.1), dysthymie (F 34.1), syndrome somatique, personnalité à risque, troubles de sommeil significatifs (apnées). Depuis l'octroi de la rente, l'état de santé s'était aggravé par l'usure prématurée de l'organisme agissant sur le psychisme. Il était en traitement ambulatoire auprès d'elle depuis le 2 juillet 2015, et précédemment au CPC à Genève. Le dernier contrôle remonte au 22 septembre

2015. Le traitement actuel : cardio. Sur le plan psychiatrique, la médication était impossible à cause des difficultés respiratoires. L'incapacité de travail était de 50 % de 2008 au 21 août 2015, puis dès cette date nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Cette incapacité totale se traduisait au travail par un épuisement. Le pronostic était défavorable.

Dans son rapport annexe, la Dresse K\_\_\_\_\_ a retenu, sur le plan anamnestique, que le patient est orienté dans le temps et dans l'espace. D'origine irakienne, issu d'une famille pauvre, il est le second enfant d'une fratrie composée d'un frère aîné et de quatre sœurs et un autre frère plus jeune, tous mariés et vivant en Irak et avec lesquels il a gardé le contact. Sa mère est décédée en 1972 et son père en 1981. Il a passé son enfance et son adolescence privé de vivre et de jouer comme les autres enfants de son quartier. Il en a éprouvé une frustration qui l'a accompagné durant une longue période. Il a effectué sa scolarité primaire normalement, puis le début d'études secondaires a été effectué le soir, travaillant, pendant la journée, dans la vente de cigarettes, à la sauvette, pour aider ses parents, cette dernière activité lui ayant valu une arrestation et un emprisonnement pendant une nuit. Il était alors âgé de 12 ans. Ce dernier événement lui a fait prendre conscience de la dureté du système politico-social de son pays. Il s'est progressivement repositionné en tant qu'opposant au régime. De 17 à 19 ans environ il était recherché par la police et était ainsi obligé de se cacher chez une famille amie, vivant dans la crainte d'une arrestation, ce qui a créé chez lui un sentiment de peur et de fragilisation psychologique généralisée. À l'âge de 19 ans, avec des camarades, il a pris le chemin de l'opposition armée, se réfugiant dans les montagnes, dans les villages. Il se rappelle de cette période, de ses nuits blanches et de ses peurs infernales,... Par la suite, il a quitté le pays en passant par la Syrie, l'Italie pour enfin arriver en Suisse en 1991, où il a obtenu le statut de réfugié politique. En 1994, il s'est marié une première fois, union dont sont issues deux filles âgées (en 2015) de 20 et 16 ans, scolarisées à Genève. Il a divorcé en 2005, sa relation avec sa première épouse ayant été marquée par un climat hautement conflictuel chargé de violence. Il s'est remarié avec une compatriote en 2011. Deux autres enfants sont issus de cette union, un fils et une fille, âgés respectivement de 3 ans et demi et 2 ans. Il a acquis sa formation de verrier-vitrier en Irak, puis tout le temps de son séjour en Suisse jusqu'à son arrêt de travail le 21 août 2015.

Parmi ses antécédents sur le plan somatique, on note une chute de huit mètres d'un échafaudage, avec tassement des vertèbres cervicales et lombaires ; un infarctus en 2007, ayant conduit à l'octroi de la rente AI à 50 % depuis 2008.

Les dernières semaines de son travail il se sentait épuisé, sous tension, réflexes ralentis, jambes lourdes, corps tremblant, recherchant à reprendre son souffle en allant s'asseoir, affaibli, ayant de la peine à se concentrer voire à se rappeler certaines consignes jusqu'à oublier où il avait garé sa voiture et les noms de ses connaissances venues d'Irak. Une vitre est tombée de ses mains et s'est brisée. Son état de sommeil perturbé, avec des apnées et un syndrome de jambes sans repos

---

nécessitant un appareil respiratoire pour ne pas aggraver sa souffrance cardiaque (infarctus en 2007) renforçant son état d'épuisement, créant un état discontinu de se sentir dépassé, fatigable, se sentant diminué inapte au travail avant l'âge. En substance, selon ce médecin, « son état aggravé exposé, le patient se retrouve effectivement invalide face à ses obligations professionnelles, même à 50 % ». Vu sa lourde charge psychopathologique, toute continuation professionnelle partielle représente une condition certaine d'aggravation eu égard à sa souffrance significative cardiaque. Les conditions suivantes liées intimement à l'état de santé du patient - son enfance et son adolescence malheureuses chargées de frustrations, ses années d'enfer entre 19 et 26 ans, les violences subies avec sa première compagne durant environ sept années, son désir de travailler à 50 % jusqu'à ces derniers temps au point de s'épuiser et aggraver sa souffrance psychologique voire somatique, la perte de son frère en Irak, définissent toute son actuelle souffrance psychologique aggravée par rapport à son niveau des années 2008, 2009 et 2010, années durant lesquelles son psychothérapeute l'a suivi conjointement avec les médecins du CPC. En date du 2 juillet 2015, l'assuré a repris sa prise en charge psychopsychiatrique avec ses thérapeutes, à raison de deux séances hebdomadaires en moyenne. Quant à ses plaintes, le patient se dit fatigué, sommeil difficile, cauchemars, angoissé, idées noires, faible tonus, facultés mnésiques limitées, oublis, déprime, pas de plaisir, de désir, sentiment d'être dépassé. Sur le plan de sa capacité de travail, l'incapacité professionnelle est entière, prescrite par le Dr I\_\_\_\_\_ du 26 février au 6 juillet 2015, puis par la Dresse K\_\_\_\_\_ dès le 21 août 2015.

18. Dans un bref courrier du 26 octobre 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a affirmé que l'état de santé de son patient ne s'était pas amélioré et qu'il souffrait actuellement d'un état anxio-dépressif sur choc post-traumatique avec un suivi spécialisé ; cervicobrachialgies sur uncarthrose C3-C4, C6-C7, et d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère.
19. Le 10 mars 2016, l'assuré s'est adressé à l'OAI : il indique en substance qu'il se retrouve actuellement contraint de lui écrire car, avec sa rente à 50 %, il n'arrive pas à répondre aux besoins vitaux de sa famille étant père de quatre enfants. Depuis juillet 2015, en raison de ses problèmes physiques et psychologiques, il n'a pas retrouvé son travail à 50 % puisque ses divers médecins et thérapeutes ont prescrit un congé maladie à 100 %. L'assurance perte de gain a interrompu ses prestations dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, malgré les avis de ses médecins et thérapeutes traitants.
20. Le 12 avril 2016, le SMR (Dresse L\_\_\_\_\_) a rendu un nouvel avis dans le cadre de la procédure d'audition : la Dresse K\_\_\_\_\_ retient le diagnostic d'état de stress post-traumatique et de dysthymie, ainsi qu'un SAS appareillé (CPAP) ; s'agissant du stress post-traumatique, les éléments apportés ne sont pas convaincants ; la dysthymie n'est pas un diagnostic incapacitant au sens de l'assurance-invalidité. Le SAS est corrigé par CPAP, ce qui ne fatigue pas le patient ; c'est, au contraire, un traitement efficace permettant une meilleure oxygénation nocturne. Quant au

---

rapport du médecin traitant il ne contient que les diagnostics sans description de status clinique en lien. L'aggravation n'est dès lors pas rendue plausible.

21. Par courrier du 27 avril 2016, notifié au mandataire de l'assuré qui s'était constitué entre-temps, l'OAI a rendu sa décision de ne pas entrer en matière, sur la base du dernier avis du SMR.
22. Par mémoire du 30 mai 2016, l'assuré, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), a recouru contre cette décision. Il conclut préalablement à son audition et celle de ses médecins traitants, et à ce qu'une expertise tri-disciplinaire, psychiatrique, orthopédique et en médecine du sommeil soit ordonnée il conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 27 avril 2016, au constat de son droit à une rente invalidité entière, avec suite de frais et dépens ; subsidiairement à la constatation de l'aggravation de son état de santé, et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé d'entrer en matière, la cause lui étant retournée pour instruction complémentaire.

Il produit notamment deux nouveaux rapports médicaux, tous deux datés du 17 mai 2016, l'un émanant du médecin traitant, l'autre du psychologue traitant :

- le Dr I\_\_\_\_\_ énumère une liste de pathologies déjà évoquées précédemment, dont il déduit que l'état de santé de son patient s'est détérioré sévèrement depuis 2015, et que ce dernier ne peut plus travailler depuis le 26 février 2015 ; en conclusion, il estime qu'une révision de la rente pour la porter à 100 % est souhaitable sinon indispensable ;
- M. G\_\_\_\_\_ indique que depuis 2010 les diagnostics cliniques relatifs au patient sont les mêmes, mais certains symptômes se sont aggravés depuis juillet 2015 environ. Il conclut que le patient n'a plus la capacité psychologique nécessaire et suffisante pour tout travail exigeant de sa part de la motivation, des facultés mnésiques suffisantes, de l'attention, de la concentration, et une faculté d'adaptation. Il précise en outre que la Dresse K\_\_\_\_\_ a cessé son activité le 4 avril 2016, ayant pris sa retraite.

En substance, le recourant fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du fait que la demi-rente dont il bénéficie depuis 2008, avait été octroyée uniquement en raison de son insuffisance cardiaque, et qu'aujourd'hui de nouveaux diagnostics sont apparus, notamment sur le plan de sa santé psychique, rendant ainsi l'aggravation plausible. L'intimée se borne à suivre l'avis du SMR selon lequel le SAS pouvait être traité, alors que les médecins traitants indiquent que le traitement était mal supporté. Certes des atteintes à la santé psychique avaient déjà été évoquées précédemment, mais l'OAI n'en avait pas tenu compte. Or les rapports de l'époque faisaient état d'une capacité de travail de 37.5 % (expertise psychiatrique demandée par la SUVA au Dr E\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2008), ou de 50 % puis 100 % (rapport demandé par la Zurich Assurances au Dr D\_\_\_\_\_ - 10 août 2007 –) et le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ à l'OAI du 26 mai 2008, faisant état d'une capacité de travail du recourant de 50 %. Se référant enfin aux avis récents de ses médecins traitants, il

estime avoir rendu plausible l'aggravation des atteintes à sa santé psychique et physique causant une incapacité de travail complète. Dès lors, l'intimé aurait dû entrer en matière sur sa nouvelle demande. Enfin si la cour de céans devait estimer que l'état de fait médical n'est pas clair, elle devra ordonner une expertise judiciaire tri-disciplinaire.

23. L'intimé a répondu au recours par courrier du 20 juin 2016 : il conclut à son rejet. Il appartenait à l'intéressé de fournir les éléments médicaux pertinents : il ne suffisait d'ailleurs pas de déposer des rapports médicaux ; encore aurait-il fallu que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduel retenu à l'époque du premier octroi de rente. Tel n'était pas le cas en l'espèce. D'ailleurs les rapports produits par le recourant ne relevaient pas de problèmes médicaux nouveaux ayant des répercussions importantes et durables sur la capacité de travail. Celui de la Dresse K\_\_\_\_\_ et de M. G\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2015 ne saurait démontrer une aggravation de l'état de santé psychique, notamment en raison du fait que les constatations objectives sont quasiment similaires aux plaintes du patient et que les critères du CIM-10 permettant de retenir les diagnostics visés ne sont pas examinés. La question à résoudre sur recours étant de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier, les éléments médicaux nouveaux apportés par le recourant avec son mémoire de recours ne sauraient être pris en considération, ne faisant pas partie des pièces et partant de l'état de fait tels qu'il se présentait au moment de la décision.
24. La chambre de céans étant saisie parallèlement d'une demande en paiement de l'assuré à l'encontre de l'assureur perte de gain maladie (A/1186/2016), dans le même complexe de faits, et ayant entendu les parties en comparution personnelle dans cette autre cause, elle a de même entendu les parties dans la présente procédure, le même jour, soit le 12 septembre 2016. Dans la mesure utile, une copie du procès-verbal de comparution personnelle dans la cause parallèle été remise à l'OAI, en début d'audience et versée à la présente procédure. S'agissant des éléments pouvant intéresser la présente cause, le recourant a notamment déclaré que c'était son médecin traitant, le Dr I\_\_\_\_\_ qui l'avait adressé à la Dresse K\_\_\_\_\_ en 2015 car il se sentait fatigué et épuisé. Il l'avait parallèlement adressé à un autre spécialiste, ayant constaté qu'a priori il souffrait d'apnées du sommeil. En relation avec le « rapport du Dr K\_\_\_\_\_ et de M. G\_\_\_\_\_ » du 17 mai 2016, dont il ressort que la Dresse K\_\_\_\_\_ avait cessé son activité médicale en date du 14 avril 2016 (retraite), le recourant a indiqué qu'il n'était actuellement pas suivi par un nouveau psychiatre. C'est M. G\_\_\_\_\_ qui le suivait seul, depuis mi-avril 2016, dans l'attente de la désignation d'un nouveau psychiatre. Le conseil du recourant a toutefois précisé que M. G\_\_\_\_\_ était en négociation avec un psychiatre en vue d'une association, le Dr M\_\_\_\_\_ étant pressenti pour reprendre les dossiers de la Dresse K\_\_\_\_\_. Le Dr M\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs rencontré le recourant pour la première fois le 9 septembre 2016. Répondant à une question de

son conseil, le recourant a indiqué avoir mis beaucoup de temps à pouvoir se confier sur son passé en Irak, tant à la Dresse K\_\_\_\_\_ qu'à M. G\_\_\_\_\_. S'agissant de savoir pourquoi il n'arrive plus à travailler depuis février 2015, il a rappelé qu'en 2008, il avait eu un infarctus, mais par la suite, et malgré cela, il avait quand même pu travailler dans de bonnes conditions. A partir de 2015, il s'était senti fatigué, angoissé à l'idée de partir travailler. Il était épuisé, beaucoup moins productif et lorsqu'il était au travail, il avait rapidement des maux de tête, des tremblements et ses jambes ne le portaient plus. Il sentait des douleurs aux vertèbres dorsales et à la nuque. En 1994, il avait fait une chute de huit mètres lorsqu'il travaillait au Tessin. Les douleurs s'étaient portées sur la nuque. Après des années, elles étaient réapparues. Il avait de la peine à se mettre en route le matin, car il avait sommeil. Il utilise un CPAP pour son apnée du sommeil, mais cet appareil n'améliore pas la qualité de son sommeil. Entre juin et août 2015, il avait repris son travail, mais ceci n'avait effectivement duré que deux semaines, car ensuite il y avait des vacances. Il pouvait en revanche confirmer qu'il se sentait toujours très fatigué.

Le recourant a déposé à l'audience une nouvelle pièce, soit une analyse critique de M. G\_\_\_\_\_ des écritures de la défenderesse dans la procédure parallèle.

Sur question du conseil du recourant, qui lui demandait si elle confirmait l'avis du SMR (document 19 dossier AI du 3 juin 2008), selon lequel la capacité de travail est limitée à 50 % depuis septembre 2007 en raison de limitations physiques dues à l'insuffisance cardiaque, la représentante de l'intimé (ci-après : l'intimé) a confirmé que le document existe ; mais si on lui demandait une interprétation médicale de son contenu, elle n'avait pas compétence pour le faire. Il en allait de même du rapport médical du CPC au sujet des troubles psychiques déjà existants en 2008 – doc 16 dossier OAI), et des doc 17 (instruction de l'OAI à la FER-CIAM pour le calcul de la rente AI octroyée) et 26 (pour la révision de 2010). A toutes fins utiles, l'intimé a rappelé qu'à l'époque des documents médicaux d'ordre psychiatrique figuraient déjà au dossier, et que le SMR avait tenu compte dans son appréciation de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier au moment où il a émis son avis, les atteintes psychiques n'ayant pas forcément de répercussions sur la capacité de travail.

25. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 22 septembre 2016. Il a persisté dans les conclusions de son recours. Dans la mesure où le but de la présente procédure est de déterminer si l'aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision avait été rendue plausible, - ce qui implique qu'est déterminant l'état de santé au moment de la dernière décision, aussi bien que l'état de santé ressortant des documents soumis à l'OAI avant la prise de la décision sur nouvelle demande. En 2008, l'OAI n'avait tenu compte que des problèmes cardiaques. Il en allait de même en 2010 lors de la révision périodique. A l'appui de la nouvelle demande, le médecin traitant faisait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient avec asthénie importante et SAS sévère. Il en découlait selon lui une incapacité de travail

totale. La psychiatre et le psychologue traitant retenant les diagnostics de séquelles de stress post-traumatique, de dysthymie de syndrome somatique, de personnalité à risque, de troubles du sommeil significatifs, arrivaient eux aussi à la conclusion que le recourant était complètement inapte au travail. Ainsi ces documents rendaient à tout le moins plausible l'existence de nouveaux diagnostics, l'aggravation du diagnostic déjà existant et l'aggravation de l'impact des diagnostics préexistants sur la capacité de travail du recourant. Selon lui, même le SMR l'admettait dans son avis du 12 avril 2016 : ce service médical ne dit pas que des motifs d'aggravation ne sont pas rendus plausibles : il considère qu'ils ne convainquent pas quant à leur caractère incapacitant (en ce qui concerne le diagnostic de stress post-traumatique et de dysthymie) et, en ce qui concerne le SAS, que le problème est traité. Ainsi le SMR procède en réalité par une analyse a priori du caractère incapacitant des atteintes à la santé. Il se prononce sur le fond de la question alors qu'à ce stade de la procédure, le SMR, puis l'OAI devaient uniquement déterminer si le recourant avait rendu l'aggravation plausible. Or, le recourant ayant fait état de nouveaux diagnostics, faisant valoir une incapacité de travail « nulle » (recte : totale), attestée par deux médecins, il avait ainsi rendu l'aggravation plausible.

26. La chambre de céans a communiqué ces écritures à l'intimé, indiquant aux parties que la cause serait gardée à juger à trois semaines, pour réserver le cas échéant à l'office la possibilité de se déterminer.
27. Sans nouvelles de l'intimé, la cause a donc 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA), sous réserve de ce qui va être relevé ci-dessous par rapport à l'objet du litige.
3. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressé le 28 avril 2015.

Dans un arrêt récent le Tribunal fédéral a eu à connaître d'un cas où la recourante ayant seulement produit des certificats d'incapacité de travail à l'appui de sa nouvelle demande, l'administration lui avait imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Elle avait alors produit un rapport de la doctoresse B\_\_\_\_\_. L'office s'était alors contenté d'interpeller le médecin traitant

---

et de demander l'avis de son service médical régional (SMR). La Haute cour a ainsi considéré que ces démarches ne signifient pas encore que l'administration était entrée en matière sur la demande de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.), l'office AI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi obtenir l'avis d'un médecin du SMR (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (arrêts 8C\_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_472/2016 consid. 4.2).

4. a. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que 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. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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

---

qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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).

c. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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). 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<sup>er</sup> 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).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

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 64 consid. 2 ; ATF 109 V 262 consid. 4a).

L'exigence relative au caractère plausible 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

5. Selon la jurisprudence, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc

établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Au sujet des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; arrêt I 382/03 du 21 janvier 2004, consid. 3.1).

6. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

7. En l'espèce, au vu de ce qui précède, la chambre des assurances sociales ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à tort ou à raison que l'intimé, en l'état de son dossier au moment où il a rendu sa décision du 27 avril 2016, a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, respectivement la nouvelle demande de prestations du 28 avril 2015. Dès lors, en tant que le recourant conclut à ce qu'il soit préalablement procédé à l'audition de ses divers médecins et à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, et sur le fond qu'il soit constaté qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, ces conclusions ne sont pas recevables.
8. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient, d'une part au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves, et d'autre part avec les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. Il est constant que la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est celle du 3 novembre 2008, date à laquelle l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50 % dès le 25 mars 2008, basé sur un degré d'invalidité de 50 %.

Il s'agit donc en premier lieu de déterminer sur la base de quels éléments l'OAI a rendu sa décision en 2008 :

a. La demande de prestations de l'assurance-invalidité, reçue par l'OAI le 27 mars 2008 précisait que l'atteinte à la santé, pour raison de maladie, relevait d'une part des conséquences d'un infarctus du myocarde, et d'autre part de la souffrance psychologique persistante de l'assuré. Le demandeur précisait en effet que son état de santé le trahissait, ce qui le faisait souffrir, raison pour laquelle il n'arrivait plus à travailler à 100 %. Il craignait que son cœur le lâche et que sa souffrance psychologique aggrave sa situation. De fait, les éléments médicaux réunis à l'époque concernaient d'une part le volet somatique, soit de l'atteinte cardiaque, et d'autre part le volet psychique.

aa. S'agissant du premier aspect, les éléments réunis par l'OAI auprès des assureurs perte de gain maladie successifs ont clairement décrit l'affection cardiaque, soit l'infarctus diagnostiqué le 25 mars 2007 et ses suites : ces documents émanaient tant des médecins traitants que des rapports d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ des 23 mai et 10 août 2007. Ce dernier relevait dans son dernier rapport qu'en plus de la capacité de travail résultant des suites de l'infarctus un état anxieux secondaire influençait cette capacité ; or, ce dernier aspect (psychique) n'avait pas été bien pris en compte jusque-là, ce qui avait notamment conduit à deux échecs de reprise du travail en juin et juillet 2007. Il mentionnait dans son rapport du 10 août 2007, qu'une prise en charge psychologique avait donc été entreprise avec l'introduction d'un antidépresseur. Il évoquait déjà les antécédents personnels de l'expertisé (emprisonnement en Irak durant huit mois, victime de torture, assassinat récent de son frère, tous éléments ayant pu fragiliser la personnalité de l'assuré. Ces éléments étaient d'ailleurs corroborés par les rapports des médecins traitants, les Dr

---

N\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ relevant tous qu'à l'insuffisance cardiaque symptomatique incapacitante, s'ajoutait également une composante dépressive assez marquée.

ab. Cet aspect psychique, il était lui aussi documenté par des spécialistes :

- le rapport d'expertise médicale psychiatrique du 1<sup>er</sup> avril 2008 du Dr E\_\_\_\_\_, (cf. ci-dessus en fait p. 3 in fine), évoquait notamment la participation de l'expertisé, pendant les années 1980 à 1988, à des activités militaires avec les Kurdes, le fait qu'il ait dû ensuite quitter le pays, la référence à des épisodes de torture vécus dans son pays, un épisode dépressif durant le conflit armé, le récent assassinat de l'un de ses frères en Irak, ainsi que sa séparation et divorce, l'anxiété dans les rapports sociaux et l'exacerbation de celle-ci depuis l'infarctus de mars 2007. L'expert relèvait, selon les indications de l'expertisé, qu'il n'y a pas d'attaque de panique ni d'agoraphobie actuellement, qu'il y a une certaine anxiété dans les situations sociales, l'assuré se décrivant comme timide, qu'il était angoissé par le regard des autres et qu'il décrivait une tension permanente et une difficulté à se détendre, déjà présentes avant l'infarctus. Il décrivait également la tristesse, l'absence d'irritabilité mais des difficultés à éprouver du plaisir, l'absence de sentiment de culpabilité mais une certaine dévalorisation et un manque de confiance en lui. Il mentionnait également des idées noires et des idées suicidaires, une perturbation du sommeil et de l'appétit ainsi que de la libido. L'expert relevait notamment que l'expertisé avait l'impression d'avoir des problèmes de concentration et d'attention, et qu'il était assez ralenti et fatigué en fin d'entretien. Il remarquait la tristesse assez importante et le visage très peu expressif. Il retenait le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11) depuis le printemps 2007, et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de personnalité évitante. Il évaluait la capacité de travail à 37.5 % (50 % avec une baisse de rendement) ;
- le rapport du CPC du 26 mai 2008 (Dr F\_\_\_\_\_ FMH en médecine générale et M. G\_\_\_\_\_, psychologue) posait clairement le diagnostic d'état post-traumatique réactivé et prolongé (F43.1), existant depuis deux ans et demi (préalable à l'infarctus), avec la référence à des diagnostics associés de dépression chronique et de somatisation significative. Ce rapport comportait déjà des renseignements anamnestiques précis concernant la vie de l'assuré en Irak, et notamment la description de plusieurs années vécues au maquis, fuyant et résistant à la dictature de Saddam HUSSEIN, années d'enfer, avec la description des symptômes ressentis depuis plusieurs années caractéristiques du diagnostic posé (insomnies, cauchemars, ruminations, scènes de guerre en reviviscence, déprime, tonus défaillant, isolement, tristesse, absence de plaisir, anxiété, émoussement émotionnel, état d'épuisement, souffrance somatisation, [bras gauche et cardiaque],...), mais également son divorce et les difficultés relationnelles avec sa première épouse. Ces praticiens " présumaient " que l'incapacité de travail était pratiquement totale sur le plan psychique depuis

deux mois, " sachant que sa souffrance cardiaque se situe en aval de sa souffrance psychologique ".

ac. L'avis du SMR du 3 juin 2008, fondé sur les atteintes à la santé - infarctus et dépression -, dans une situation où l'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travail du 23 mars au 2 septembre 2007, puis à 50 % comme aide-magasinier depuis le 3 septembre 2007, le SMR avait retenu des limitations physiques dues à l'insuffisance cardiaque considérant que la capacité de travail dans un poste adapté était limitée à 50 % depuis septembre 2007, proposant une révision à deux ans, le pronostic semblant défavorable.

ad. C'est donc sur cette base que l'OAI a rendu sa décision du 3 novembre 2008, observant qu'au terme du délai d'attente, soit au 25 mars 2008, l'incapacité de gain réelle était de 50 %, allouant par conséquent une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 %.

b. Lors de la demande de révision de la rente, déposée par l'assuré le 28 avril 2015, la précision donnée au sujet de l'atteinte à la santé, pour maladie, était l'infarctus, l'atteinte existant depuis « mars 2008 ». Il mentionnait être actuellement en traitement auprès du Dr I\_\_\_\_\_, son médecin traitant, du Dr C\_\_\_\_\_, son cardiologue traitant, et du Dr J\_\_\_\_\_ pour l'apnée du sommeil.

ba. Le médecin traitant a mentionné dans un constat médical du 28 avril 2015 que le patient présente une aggravation de son état de santé avec asthénie importante et apnée du sommeil sévère, demandant une expertise AI « pour 100% », sans autre motivation. Le courrier complémentaire qu'il a adressé le 18 mai 2015 au médecin-conseil de l'OAI ne faisait que confirmer les termes et motifs du précédent constat, et concluait que l'état de santé du patient ne lui permettait plus aucune activité, sans autre précision.

bb. Sur ces bases, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière, raison pour laquelle l'OAI a adressé un projet de refus d'entrer en matière à l'assuré par courrier du 17 juillet 2015.

bc. C'est dans le cadre de la procédure d'audition que la Dresse K\_\_\_\_\_ et M.G\_\_\_\_\_, à nouveau consultés depuis le début juillet 2015 par l'assuré, ont présenté un rapport médical indiquant que l'état de santé du patient s'était aggravé depuis l'octroi de la rente, par une usure prématurée de l'organisme agissant sur le psychisme. Ils ont mentionné les diagnostics de séquelles de stress post-traumatique (F43.1) et de dysthymie (F34.1) confirmés dans un rapport annexe détaillé, mentionnant encore les notions diagnostiques sans référence à la nomenclature (CIM-10 ou DSM-IV) de syndrome somatique, personnalité à risque, trouble de sommeil significatif. À bien lire ce rapport, l'essentiel des renseignements anamnestiques figurait déjà dans les documents médicaux ayant donné lieu à l'octroi de la rente en 2008, soit en particulier les événements vécus par l'assuré, dans sa jeunesse, en Irak, son arrivée en Suisse, son premier mariage, la séparation et le divorce, et le contexte très conflictuel et violent de cette première union, le

décès de l'un des frères disparu de mort violente quelques années auparavant. Mais on note en revanche, dans ce nouveau rapport, des événements plus positifs, et plus récents, soit le remariage de l'assuré avec une compatriote dans le courant de 2011 (recte : 2010), et la naissance de deux enfants issus de cette nouvelle union, l'indication que l'assuré garde une bonne relation avec ses deux filles issues du premier mariage, qui viennent le visiter régulièrement et passer avec lui quelques jours de temps à autre, ces jeunes filles étant acceptées par la seconde épouse ; le fait qu'en dépit de la souffrance endurée dans le contexte du premier mariage, le patient a su garder une communication adéquate avec sa première épouse, pour favoriser ses relations avec ses deux filles aînées. Il est également remarqué qu'il a entre-temps pu renouer des contacts réguliers avec sa famille restée en Irak, (pays où il s'est d'ailleurs remarié en 2010) ; ceci alors qu'en 2008, on relevait plutôt l'inquiétude du patient ressentie par l'absence de contacts avec ses frère et sœurs. Ce rapport décrit les plaintes subjectives de l'assuré, son état de fatigue, le sentiment d'être épuisé, ses apnées du sommeil, traitées par CPAP pour ne pas aggraver sa souffrance cardiaque (infarctus en 2007). Les constatations objectives mentionnées dans ce rapport se recourent pratiquement avec celles qui étaient déjà décrites en 2008, et la conclusion des thérapeutes, soit une incapacité de travail entière, qui était déjà celle à laquelle M.G. \_\_\_\_\_ et la psychiatre précédente parvenaient en 2008. Il n'empêche que malgré l'incapacité totale postulée par les psychothérapeutes à l'époque, le recourant, qui n'avait pas remis en cause la décision de l'OAI - a continué à travailler depuis 2008 jusqu'au printemps 2015 en tout cas. Enfin et surtout ce rapport ne dit pas en quoi ni pourquoi l'état de santé de l'assuré se serait aggravé depuis 2008. Le fait de rajouter le diagnostic d'asthénie n'est pas en soi un diagnostic traduisant une aggravation de l'état de santé, d'autant qu'il n'est pas en soi incapacitant.

En substance, les documents médicaux produits en procédure d'audition se fondent, en particulier, pour ce qui est de la problématique psychique, essentiellement sur les plaintes du patient. On ne saurait à cet égard ignorer le principe selon lequel en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

bd. La chambre de céans relèvera en outre que ces documents, certes antérieurs à la décision entreprise, ont été sollicités en réaction au projet de refus d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente. Or, le recourant, interrogé par son conseil dans le cadre de la procédure parallèle, - ses déclarations ayant été versées à sa demande dans le cadre de la présente procédure, son conseil indiquant en début d'audience que par économie de procédure et dans la mesure où il avait l'intention de poser les mêmes questions à son mandant dans la présente procédure - a, vraisemblablement pour justifier que la composante psychique et plus particulièrement le diagnostic de séquelle de stress post-traumatique liée au passé

---

du recourant en Irak ait été évoquée seulement à ce stade de la procédure, indiqué avoir mis beaucoup de temps à pouvoir se confier sur son passé en Irak tant à la Dresse K\_\_\_\_\_ qu'à M. G\_\_\_\_\_. Ses explications ne sont guère crédibles : le recourant perd en effet de vue que ce n'est pas – comme il le laisse entendre – pour la première fois à la fin de l'été ou en automne 2015 qu'il aurait finalement pu s'ouvrir de cette problématique à ses thérapeutes. Il en avait déjà largement fait état en 2008 lors de sa première prise en charge par le CPC et notamment par M. G\_\_\_\_\_, mais l'expert psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain, le Dr E\_\_\_\_\_, en faisait également état dans son rapport, et avant lui, en août 2007, l'autre expert, somaticien, le Dr D\_\_\_\_\_, mentionnait déjà ces événements.

Quant au courrier du Dr I\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2015, ce médecin y affirme que l'état de santé de son patient ne s'était pas amélioré et qu'il souffrait actuellement d'un état anxio-dépressif sur choc post-traumatique avec un suivi spécialisé ; cervicobrachialgies sur uncarthrose C3-C4, C6-C7, et d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère. Il est vrai que jusque-là il n'avait guère été question de cervicalgies, sinon que des douleurs de cette nature avaient, en 2007-2008, été mises en relation avec la somatisation du patient et les craintes d'un nouvel infarctus lorsqu'il avait tenté de reprendre le travail au début de l'été 2007 ; mais force est de constater que le médecin traitant évoque cet élément sans plus de motivation ni de documents médicaux qui viendraient soutenir cette allégation. Plus : cet élément s'inscrit dans un contexte où le médecin affirme que l'état de son patient « ne s'est pas amélioré » : il ne prétend pas même qu'il se serait aggravé et, en relation avec ces douleurs, il n'allègue pas que celles-ci constitueraient une aggravation de l'état de santé susceptible d'influer sur la capacité de travail et partant sur le droit aux prestations de l'AI. En tout état, la chambre de céans est d'avis que les documents émanant du médecin traitant n'étaient pas susceptibles de devoir conduire l'intimé à admettre la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé du recourant justifiant la reprise de l'instruction et la recherche d'éléments complémentaires.

be. S'agissant des documents produits en procédure de recours, indépendamment du fait qu'ils n'apportent pas d'éléments supplémentaires et nouveaux, ils ne sauraient être pris en considération par la chambre de céans, dans la mesure où ils ne faisaient pas partie du dossier au moment où l'intimé a rendu sa décision. On observera d'ailleurs que le rapport critique de M. G\_\_\_\_\_ au sujet des écritures de l'assureur perte de gain maladie dans la procédure parallèle, versé à la procédure AI le jour de l'audience de comparution personnelle, est totalement étranger à cette procédure de recours, et ne saurait entrer en ligne de compte en l'espèce, d'autant qu'il est lui aussi postérieur à la décision entreprise.

bf. Enfin, l'argument du recourant selon lequel le SMR en procédant à une analyse a priori du caractère incapacitant des atteintes à la santé, - pour le nier - se serait prononcé sur le fond de la question alors qu'à ce stade de la procédure, le SMR, puis l'OAI, devaient uniquement déterminer si le recourant avait rendu l'aggravation

plausible, n'est pas fondé. Selon la jurisprudence citée précédemment, lors d'une demande de révision dans le cadre de laquelle l'assuré doit rendre plausible l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.), si l'office ne fait qu'interpeller le médecin traitant pour lui demander une clarification d'un rapport médical produit à l'appui de la demande de révision, ou demande l'avis de son service médical régional (SMR), ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration était entrée en matière sur la demande de révision (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3). Dans le cas d'espèce l'OAI ayant demandé l'avis du SMR dans le cadre de l'audition, après un premier avis dudit service médical – avant le projet de décision – proposant de ne pas entrer en matière, le SMR a ainsi confirmé son précédent avis en motivant sommairement son opinion, soit en indiquant brièvement les raisons pour lesquelles les nouveaux documents produits par l'assuré ne modifieraient pas son précédent préavis. On ne saurait ainsi en déduire que l'OAI (voire le SMR) seraient, de fait, entré en matière sur la demande de révision.

9. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, faute par l'assuré d'avoir rendu plausible l'aggravation alléguée de son état de santé depuis début novembre 2008.
10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.
11. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).
12. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite : l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre 200 et 1000 francs. Il y a dès lors 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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