

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2094/2011

ATAS/33/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2012

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Genève, représenté par CAP recourant
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE intimé
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Michael BIOT et Norbert HECK,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après le recourant), né en 1959 et exerçant la profession de maçon, a formé une première demande de prestation AI pour adulte auprès de l'OFFICE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), le 16 juillet 2003.
2. Par décision du 20 mars 2006, puis décision sur opposition du 5 mai 2006, l'OAI a refusé des mesures d'ordre professionnel et une rente d'invalidité. Selon ledit office, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière, avec une diminution de rendement de 20%. Il en découlait, au terme d'un calcul d'invalidité tenant notamment compte d'un abattement sur le salaire statistique de 10%, un taux d'invalidité de 33%, ne donnant pas le droit à une rente.
3. Par télécopie du 15 mai 2008 et rapport médical intermédiaire du 5 juin 2008, le Dr A_____, médecin traitant du recourant, signala une aggravation notable de l'état de santé.

Le diagnostic était celui d'une spondylarthrite ankylosante invalidante. L'aggravation remontait aux années 2003/2004.

4. Dans un rapport médical du 28 octobre 2008, le Dr B_____ confirma un diagnostic de spondylarthrite ankylosante, présent depuis 1992. Selon ce médecin, la capacité de travail en qualité de maçon était nulle, car tout effort était beaucoup trop douloureux.
5. Un examen clinique rhumatologique a été effectué au Service régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR) le 11 décembre 2008 par le Dr C_____. Dans ce cadre, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante était confirmé.

Selon le Dr C_____, l'activité de maçon était contre-indiquée. L'incapacité de travail était ainsi totale dans ladite activité. En revanche, une activité adaptée restait théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement d'au moins 40%, ceci depuis le mois de mai 2007.

La capacité de travail était ainsi de 50 à 60% dans une activité adaptée.

6. Par décision du 20 juillet 2007, le degré d'invalidité du recourant fut fixé à 49%, compte tenu d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, estimée selon les données statistiques de l'ESS 2006 (Tableau TA_1, hommes, niveau 4), avec un abattement supplémentaire de 10%.

Cette décision est entrée en force.

7. L'OAI procéda à la révision de la rente au mois de février 2011.

Dans ce cadre, elle interrogea le Dr A_____, lequel compléta un rapport médical intermédiaire le 7 avril 2011. Il était mentionné que l'état de santé du recourant était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, ni évolution ou modification du status. L'état était stationnaire depuis le dernier rapport datant de l'année 2008. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 12 avril 2011, l'OAI communiqua au recourant que sa rente d'invalidité restait identique, avec un degré d'invalidité de 49%.

8. Par courrier du 26 mai 2011 de son assureur protection juridique, le recourant sollicita qu'une décision formelle soit rendue. Il relevait que selon le rapport du Dr A_____ du 7 avril 2011, la capacité de travail du recourant était nulle dans quelque activité que ce soit.

Par ailleurs, selon un bilan de stage effectué auprès de Foyer Handicap – qui ne précise pas dans quel cadre et avec quelle finalité il a été mis en place – le recourant avait respecté deux heures de stage par jour, mais avait indiqué que cela était trop et qu'il souffrait énormément. Il avait eu un rythme de travail lent et effectuait beaucoup de pauses. Il avait dû se lever et marcher un peu. Il avait essayé de travailler plus vite mais souffrait encore plus après. Il avait eu un comportement calme, mais sans communiquer beaucoup et sans faire preuve d'aucun enthousiasme. Il n'avait montré aucun intérêt à poursuivre l'activité, en raison de sa souffrance physique et mentale. De la sorte, il avait été mis fin au stage.

9. Par décision du 31 mai 2011, l'OAI confirma avoir constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente.

Le recourant continuait ainsi à bénéficier du même quart de rente, fondée sur un degré d'invalidité de 49%.

En effet, le courrier du 26 mai 2011 n'apportait aucun élément médical nouveau. Le médecin traitant confirmait un état stationnaire, tout en se référant à son dernier rapport de 2008, qui avait été analysé par le SMR et avait abouti à une expertise rhumatologique sur laquelle était fondée la décision du 20 juillet 2009.

10. Le recourant contesta cette décision par acte remis à la poste le 6 juillet 2011 et reçu au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, le 8 juillet 2011.

Il concluait à ce que son recours soit déclaré recevable, à ce qu'une instruction complémentaire soit ordonnée, à l'annulation de la décision du 31 mai 2011 et à ce qu'il soit dit qu'il avait le droit à une rente entière ou à tout le moins à l'augmentation de sa rente.

Il exposait avoir effectué un stage auprès de la Fondation Foyer Handicap du 28 février au 25 mars 2011, sur recommandation du Service des prestations complémentaires.

Il était résulté dudit stage que le taux d'occupation de 25% effectué était déjà trop important en raison des souffrances physiques et psychiques du recourant, de sorte qu'il avait été décidé d'y mettre fin.

Ainsi, sur recommandation du Service des prestations complémentaires, le recourant avait déposé une nouvelle demande AI, afin d'obtenir une rente entière.

Il convenait ainsi d'ouvrir une instruction complémentaire afin que le droit à la rente soit réexaminé, puisque, pratiquement, le recourant n'était pas à même de mettre à profit la capacité de travail résiduelle de 60%, retenue par l'AI.

A la forme, il exposait que son assureur protection juridique avait reçu la décision du 31 mai 2011, le 6 juin 2011.

11. Le 8 juillet 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice pria l'OAI de lui faire parvenir la preuve de la date à laquelle la décision du 31 mai 2011 avait été reçue par son destinataire et l'invita à répondre sur le fond.
12. Le 12 juillet 2011, l'OAI indiqua que la décision du 31 mai 2011 avait été envoyée par pli simple et non en recommandé, de sorte qu'elle ne disposait pas d'un récépissé postal.
13. Sur le fond, l'OAI déposa sa réponse le 2 août 2011, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Elle exposait que le rôle d'un centre d'observation professionnel n'était pas de se prononcer sur l'état de santé du recourant, dès lors que leurs connaissances spécifiques de la médecine ne leur permettait pas de dépasser le stade de la simple observation qui comprenait trop de facteurs incontrôlables pour emporter la conviction.

L'OAI rappelait que le recourant avait fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR, le 11 décembre 2008, et que le médecin traitant interrogé par la suite, avait indiqué que l'état de santé du recourant était resté stationnaire depuis 2008. Ainsi, il n'y avait pas de raisons médicales objectives de s'écarter des conclusions du SMR du 11 décembre 2008.

S'agissant du stage auprès de Foyer Handicap, il avait été relevé que l'assuré n'avait aucune motivation, ni enthousiasme.

En 2008, le SMR avait notamment retenu un phénomène d'amplification des plaintes avec présence de signes de non organicité. Le rapport de la Fondation

Foyer Handicap ne pouvait ainsi être considéré comme un document objectivant une aggravation de l'état de santé.

Au surplus, aucun autre document médical ne démontrait une quelconque aggravation.

Enfin, les allégations de douleur devaient être confirmées par des observations médicales concluantes, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

14. La cause fut gardée à juger le 10 janvier 2012.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2).

En l'espèce, le recourant allègue, sans être contredit, avoir reçu la décision du 31 mai 2011, le 6 juin 2011.

Ainsi, le recours adressé au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice par pli postal du 6 juillet 2011 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé ou de la capacité de gain du recourant depuis l'examen rhumatologique qui a eu lieu au SMR le 11 décembre 2008 ayant fondé la décision entrée en force du 20 juillet 2009.
5. 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). 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 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - 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.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve 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 (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1 ; 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).

6. a) En l'espèce, il sera relevé, à titre liminaire, que l'on ne se trouve pas dans le cadre d'une demande de révision formée par le recourant ou dans le cadre d'une nouvelle demande formée par ce dernier, comme allégué dans son écriture de recours du 6 juillet 2011.

En effet, le recourant a complété un document qui lui a été adressé par l'OAI pour la révision de la rente, soit un questionnaire qui lui a été adressé dans le cadre de la révision d'office.

- b) Quoiqu'il en soit, il ressort du dossier déposé par l'OAI que le médecin traitant du recourant, le Dr A_____, a considéré que l'état de santé était resté stationnaire depuis son dernier examen en 2008.

Peu importe à ce sujet que le Dr A_____ atteste d'une capacité de travail nulle dans toute activité, puisque ce médecin avait déjà formulé la même

appréciation au sujet de la capacité de travail dans son rapport médical intermédiaire du 5 juin 2008, laquelle appréciation n'avait pas été retenue dans le cadre d'une décision aujourd'hui entrée en force, ceci compte tenu de l'avis du SMR dans le cadre de son examen rhumatologique du 11 décembre 2008.

Ce qui est par contre déterminant, c'est l'appréciation du Dr A_____, selon laquelle l'état de santé ne s'est pas modifié.

- c) Reste à examiner s'il est établi que les conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain ont subi un changement important.

A cet égard, aucun élément ne vient le confirmer.

En particulier, le bilan de stage de la Fondation Foyer Handicap, du 1^{er} avril 2011, ne permet pas de rendre plausible une telle modification.

Il apparaît en effet que ce bilan est exempt d'observations objectives de la Fondation Foyer Handicap, mais au contraire, fondé uniquement sur les plaintes subjectives du recourant.

Les seules observations objectives de l'appréciation de la Fondation Foyer Handicap concernent le comportement du recourant, qui n'a fait preuve d'aucun enthousiasme et d'aucun intérêt à poursuivre l'activité.

A ce sujet, il sera relevé que ce bilan de stage est d'autant moins exploitable que l'examen rhumatologique du SMR du 11 décembre 2008, fait état d'un phénomène d'amplification des plaintes.

Ainsi, il ne saurait être tenu compte du bilan de stage qui ne permet pas de rendre plausible que les conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain auraient subi un changement important par rapport à la situation prévalant lors de l'examen rhumatologique du 11 décembre 2008.

Il apparaît au contraire que le recourant tente ici de proposer une nouvelle appréciation d'une situation restée identique.

- d) Dans ces conditions, la décision de l'OAI du 31 mai 2011 est fondée, de sorte qu'elle sera confirmée.

7. Le recours sera ainsi rejeté.

8. Un émolument de 200 fr. est mis à charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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 suppléant

Isabelle CASTILLO

Thierry STICHER

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