

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3287/2016

ATAS/12/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 janvier 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1961, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en voiture et d'un permis de cariste. De 1985 à 2014, il a travaillé en tant que cariste, manutentionnaire, préparateur de commandes au département de pièces détachées de B_____ Suisse SA. Il a été licencié de cet emploi pour le 31 mars 2014.
2. Selon le rapport du 25 mars 2014 du docteur C_____, l'assuré souffre d'une arthrose post-traumatique tibio-talienne.
3. Le 15 avril 2014, la doctoresse D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a attesté que l'intéressé présentait une arthrose enraidissante de sa cheville droite depuis de nombreuses années suite à un accident avec fracture de la cheville. L'arthrose était sévère au niveau de l'articulation tibio-talienne, avec une arthrose en flexion et extension de la cheville. Le patient était limité dans ses mouvements et pouvait présenter une gêne lors des mouvements de pédalier pour la conduite de certains engins. Il désirait qu'un poste de travail adapté à son handicap lui soit proposé.
4. Dans son rapport reçu à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) le 10 juillet 2015, la Dresse D_____ a attesté que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100 % comme magasinier, tout en précisant que les mouvements répétitifs avec le pied ou la cheville déclenchaient des douleurs. En tant que magasinier chez B_____, il devait également porter des charges lourdes de 40 à 50 kg. En 2014, il lui avait demandé un certificat pour que l'employeur le plaçât à un poste où il n'avait pas de mouvements de flexion plantaire de la cheville à faire. La capacité de travail était de 100 % en tant que magasinier de pièces détachées automobile sans monter sur des échelles et sans mouvements répétitifs avec la cheville droite. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas nécessaires et il n'y avait pas d'invalidité. Dans le questionnaire annexé à son rapport relatif aux limitations fonctionnelles, cette praticienne a indiqué que l'assuré était en mesure d'exercer des activités uniquement en position assise, debout ou dans différentes positions. Les activités exercées principalement en marchant sur des terrains irréguliers étaient proscrites, de même que les positions accroupies et à genoux. L'assuré ne pouvait pas non plus monter sur une échelle ou un échafaudage, ni les escaliers.
5. Dans la note de travail de l'OAI du 30 juillet 2015, il est mentionné que l'assuré est inscrit au chômage depuis le 1^{er} avril 2014 suite à son licenciement pour raisons économiques. Quant à la Dresse D_____, elle n'a pas attesté d'un arrêt de travail et considère au contraire que son patient peut travailler dans son activité habituelle de magasinier.
6. Le 3 août 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations au motif qu'il ne subissait aucune incapacité de travail.

7. Par courrier du 12 septembre 2015, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une radiographie de la cheville, tout en précisant que l'état de cette articulation se détériorait et qu'il était en incapacité de travail après la détection d'une arthrose au niveau des cervicales. Il a également signalé qu'il sera en traitement de physiothérapie dès le 17 septembre 2015.
8. Par décision du 25 septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé les prestations, en considérant qu'une incapacité de travail depuis un mois ne permettait pas de modifier sa précédente appréciation. Si toutefois l'incapacité de travail devait perdurer, il était loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande.
9. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 14 octobre 2015 a mis en évidence une discrète image de hernie discale postérieure paramédiane gauche en C5-C6.
10. Par courrier du 20 novembre 2015, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a informé l'OAI que l'assuré bénéficiait actuellement de prestations cantonales en cas de maladie.
11. En avril 2016, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant une hernie discale au niveau C5-C6. Il a laissé en blanc la rubrique relative aux périodes d'incapacité de travail.
12. Le 12 avril 2016, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, dans un délai de trente jours, en l'avertissant qu'il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande, à défaut de ces renseignements.
13. Par courrier du 18 juillet 2016, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le rapport relatif à l'IRM du 14 octobre 2015, tout en expliquant que la hernie cervicale ne s'arrangeait pas malgré les médicaments et les séances de physiothérapie. En outre, l'état de sa cheville se détériorait, vue l'arthrose avancée, de sorte qu'il devait pratiquement garder le lit à cause des fortes douleurs.
14. Selon l'avis médical du 29 juillet 2016 du docteur E_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), l'IRM cervicale du 14 octobre 2015 ne prouvait pas une aggravation.
15. Par décision du 6 septembre 2016, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.
16. Par acte du 26 septembre 2016, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant implicitement à l'octroi des prestations.
17. Dans sa réponse du 14 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état.
18. Le 12 octobre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a informé la chambre de céans qu'il suivait le recourant depuis août 2015 pour une problématique relativement complexe au niveau du rachis cervical avec hernie discale C5-C6. L'état du recourant était

fluctuant avec de courtes périodes d'amélioration entrecoupées de plus longues périodes de péjoration. Durant ces périodes, il était difficile au recourant d'avoir une vie normale, dès lors qu'il était notamment très limité au niveau des mouvements de la tête qui pouvaient déclencher des points très douloureux. L'irradiation des douleurs dans les membres supérieurs rendait également tous les mouvements du bras difficiles. Cela étant, la reprise de l'activité professionnelle était clairement illusoire. Ce médecin a également relevé que la seconde demande de son patient était motivée par une autre atteinte que la première. Partant, le cas du recourant devait être revu. Ce médecin a en outre estimé qu'une expertise indépendante par un rhumatologue était absolument nécessaire.

19. Le 8 décembre 2016, la chambre de céans a entendu le recourant, lequel a alors déclaré qu'il avait été en arrêt de travail de septembre 2015 à janvier 2016 et de nouveau depuis août 2016 à ce jour.
20. A l'issue de cette audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la seconde 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 1er 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).

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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. 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).

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).

5. En l'espèce, la première demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant a été rejetée par décision du 25 septembre 2015, dès lors qu'aucune invalidité n'était attestée. Le recourant avait déjà fait valoir dans cette demande qu'il souffrait d'une arthrose au niveau des cervicales, pour laquelle il était en incapacité de travail. Dans la mesure où la durée de cette incapacité de travail n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à la rente, l'OAI a rejeté la demande, tout en précisant qu'il était loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande et d'apporter des rapports médicaux circonstanciés faisant état d'une aggravation de son état de santé.

Moins de sept mois après le refus des prestations, le recourant forme une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, se prévalant d'une hernie discale au niveau C5-C6, sans indiquer les périodes d'incapacité de travail et en faisant uniquement état d'une période de chômage du 10 novembre 2014 au 9 novembre 2016. Invité par l'intimé à lui faire parvenir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, le recourant se contente de lui transmettre l'IRM du 14 octobre 2015 qui conclut à une discrète image de hernie discale postérieure en C5-C6.

Cela étant, il convient de constater que le recourant n'a pas fourni à l'intimé les pièces permettant de constater une aggravation de son état de santé, en particulier une invalidité de longue durée liée à celui-ci, en l'absence de tout certificat médical l'attestant. Ce n'est que dans la procédure de recours que le recourant a transmis le rapport du Dr F_____ du 12 octobre 2016, faisant état d'une problématique relativement complexe au niveau du rachis cervical avec une hernie discale C5-C6 et d'un état fluctuant avec des courtes périodes d'amélioration entrecoupées de longues périodes de péjoration, durant lesquelles le recourant ne peut que difficilement mener une vie normale. Ce médecin atteste également que le recourant est très limité au niveau des mouvements de la tête qui peuvent déclencher des points douloureux, et que l'irradiation des douleurs dans les membres supérieurs rend tous les mouvements du bras difficiles. Dans ces conditions, la reprise d'une activité est clairement illusoire, selon ce médecin.

Le recourant a par ailleurs déclaré lors de son audition en date du 8 décembre 2016 avoir été en incapacité de travail totale de septembre 2015 à janvier 2016, puis depuis août 2016. Ainsi, il n'était en principe pas en incapacité de travail durable au moment du dépôt de la seconde demande de prestations d'invalidité en avril 2016 ni ne présentait une invalidité de 40% au moins en moyenne depuis une année sans interruption notable à la date de la décision querellée.

Partant, la chambre de céans ne peut que constater que le recourant n'a pas rendu plausible, dans le cadre de la procédure extrajudiciaire, une aggravation de son état de santé ouvrant le droit aux prestations. Par ailleurs, l'intimé a refusé, lors de

l'audience de comparution personnelle des parties, d'annuler sa décision et de procéder à une instruction de la cause, en dépit du rapport du Dr F_____ produit dans le cadre de la procédure de recours, faisant état d'une impossibilité de reprendre le travail.

Il appartiendra dès lors au recourant de redéposer une nouvelle demande, si son incapacité de travail devait perdurer pendant plus d'une année, tout en produisant les rapports médicaux de ses médecins l'attestant.

6. Par conséquent, le recours sera rejeté.
7. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, fixé au minimum légal de 200 fr.

**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

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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