

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3642/2015

ATAS/197/2016

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

**Arrêt du 14 mars 2016**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1964, originaire de Yougoslavie, marié, père de trois enfants, est entré en Suisse en 1987 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement C. Il est titulaire d'un diplôme de kinésithérapeute. Il a exercé la profession de manœuvre puis d'aide-jardinier depuis 1999 auprès de B\_\_\_\_\_ SA.
2. Le 27 octobre 2000, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, médecine interne FMH, a attesté que l'assuré avait, suite à un accident de la circulation, développé un Raynaud typique touchant les deux mains, sans épargne des pouces. Elle proposait de la physiothérapie afin d'améliorer l'équilibre de la ceinture scapulaire, le patient se plaignait d'une raideur et de douleur de la colonne cervicale. En cas de non amélioration, un large bilan biologique, à la recherche d'une collagénose de cryoglobulinémie serait alors à pratiquer.
3. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 7 novembre 2000.
4. Le 6 août 2001, le Centre de médecine du travail, ergonomie et hygiène, à Zürich, a rendu une expertise à la demande de la Rentenanstalt Swiss Life, reconnaissant à l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit à l'intérieur, légère et sans vibration.
5. Le 19 décembre 2001, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 12 février 2002, B\_\_\_\_\_ SA a allégué que l'assuré avait travaillé du 21 octobre 1999 au 7 novembre 2000, que son horaire de travail était de 45 heures par semaine l'été et de 40 heures par semaine l'hiver et que le salaire en 2002 était de CHF 4'210.- par mois.
7. Le 18 avril 2002, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'un phénomène de Raynaud touchant les quatre extrémités, secondaire à une probable sclérose systémique et entraînant un incapacité de travail à 100%. Divers traitements étaient restés sans effet. Il y avait une incapacité de travailler à l'extérieur mais une autre activité était exigible selon la température des locaux.
8. Le 25 avril 2002, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-chirurgien, a diagnostiqué une maladie de Raynaud existant depuis le 7 novembre 2000. Depuis un an et demi le patient présentait des fourmillements, picotements et décoloration des deux mains au froid. Le pronostic était réservé concernant la reprise de travail car il fallait éviter tout changement de température, de contact avec l'eau froide et un travail nécessitant des mouvements précis avec les doigts était impossible.  
  
Il a attesté d'une incapacité totale de travail. On pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille trois à quatre heures par jour dans des travaux non-manuels, à l'intérieur, sans changement de température.

9. Une capillaroscopie/test au froid du 2 mai 2002 conclut à une capillaroscopie anormale non spécifique (dystrophies mineures nombreuses) nécessitant un suivi clinique et biologique.
10. le 2 octobre 2002, le docteur E\_\_\_\_\_, du SMR Léman, a rendu un rapport médical concluant à une situation claire de réadaptation professionnelle mais en aucun cas il ne fallait organiser un stage d'orientation à temps partiel.  
  
Il conclut aux limitations suivantes : « travail essentiellement à l'intérieur d'un bâtiment, sans vibrations, sans exposition au froid, travaux physiquement légers à moyen, sans port de charges lourdes », et à une capacité de travail complète dans une activité adaptée.
11. Le 11 avril 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a rendu un rapport suite à un examen, concluant à la mise sur pied d'un stage de type OSER au CIP du 26 mai au 21 septembre 2003.
12. Une capillaroscopie du 7 mai 2003 ne montrait aucune évolution par rapport aux précédentes. L'assuré présentait un phénomène de Raynaud manifestation secondaire à une sclérodémie avec peu de répercussion capillaroscopiques.
13. Le docteur F\_\_\_\_\_ a attesté le 4 juin 2003 que le stage OSER de l'assuré avait été interrompu en raison d'une aggravation objective de la situation clinique. Ses mains étaient actuellement inutilisables, gonflées et tuméfiées, et sans qu'une cause à cette aggravation ait pu être mise en évidence. Des investigations complémentaires étaient en cours, pour tenter de préciser le diagnostic de cette affection soit auto-immune soit rhumatologique, qui s'était très nettement détériorée au cours des derniers mois. Il convenait donc de se renseigner auprès des médecins angiologues et rhumatologues qui procédaient aux investigations actuelles avant de reprendre des mesures professionnelles.
14. Un rapport OSER du 6 juin 2003 mentionne une présence effective au stage de 4 jours et une interruption du stage le 3 juin 2003 suite à un certificat d'incapacité de travail de la Dresse C\_\_\_\_\_. Le rapport précise que l'assuré a participé avec intérêt autant en animations qu'à la présentation de l'atelier. Il a été ouvert avec les maîtres et les collègues. Il a valorisé sa profession de physiothérapeute apprise au Kosovo et pratiquée une année. Sa présentation est correcte et son français était relativement bon pour un non-francophone. L'assuré était positif et souriant. Il exprimait également sa confiance dans la hiérarchie, ainsi que son intérêt pour le travail avec le groupe. Il s'estimait mis à l'épreuve par sa maladie qui lui enlevait la joie de vivre. Il utilisait peu ses mains. La position assise avait été maintenue relativement bien. Il était proposé une nouvelle mesure OSER dès que la situation de l'assuré serait stable.
15. Une échocardiographie du 18 juin 2003 effectuée suite à des douleurs thoraciques atypiques de longue date conclut à « une fonction systolique globale du ventricule

---

gauche conservée, possible dysfonction diastolique. Insuffisance tricuspidiennne discrète. Insuffisance mitrale minime ».

16. Le 25 juin 2003, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, allergologie et immunologie clinique, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis mars 2001. L'ancienneté du phénomène de Raynaud et, sur le plan biologique, d'un FAN centromère était suggestive d'une sclérose systémique limitée, restée stable jusqu'à janvier 2003, où le patient avait noté une tuméfaction douloureuse des mains. La symptomatologie douloureuse des mains pouvait être le reflet d'une aggravation des troubles de la microcirculation, et ceci même si la capillaroscopie n'était pas inquiétante et que le titre du FAN avait diminué. Il n'y avait pas de pathologie cardiaque et les fonctions pulmonaires étaient rassurantes.
17. Le 16 février 2004, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution depuis avril 2002 était lentement défavorable, avec une nette aggravation de la symptomatologie douloureuse des mains depuis janvier 2003. Une capillaroscopie de contrôle effectuée en mai 2003 n'avait pas montré d'aggravation des troubles déjà connus. Sur le plan clinique, on notait un important scléroedème des deux mains. Le pronostic était difficile à évaluer. Il existait peu de chances de voir les troubles actuels s'améliorer. Compte tenu des importantes douleurs des mains, il était difficile de concevoir actuellement un travail nécessitant l'utilisation des mains.
18. Le 16 février 2004, le Dr G\_\_\_\_\_ a adressé le patient au docteur H\_\_\_\_\_, unité d'immunologie de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG), en raison de douleurs thoraciques et d'épisodes de vertiges.
19. Le 3 mai 2004, le Docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a attesté que l'examen clinique du système cardiovasculaire et un électrocardiogramme au repos étaient globalement dans les limites de la norme.  
  
Bien que le résultat de l'ergométrie parlait contre une atteinte coronarienne significative, celle-ci ne pouvait être entièrement exclue. De plus, une composante vaso-spastique (angor de type Prinzmetal) pouvait aussi expliquer la symptomatologie actuelle.
20. Le 19 mai 2004, le Dr I\_\_\_\_\_, à la suite d'une coronarographie, a exclu définitivement une atteinte coronarienne. Un examen électrophysiologique du 3 juin 2004 conclut à une tendance du côté gauche au ralentissement distal de la conduction nerveuse sans signification pathologique certaine.
21. Le 17 mai 2004. le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que, compte tenu des limitations qui ne permettaient plus qu'une activité de type intellectuelle, une nouvelle appréciation des mesures professionnelles et de l'invalidité devait être faite. Le pronostic ne semblait pas bon; en cas d'octroi d'une rente il faudrait néanmoins réviser après une année, étant donné le jeune âge de l'assuré et la nature évolutive de la maladie.
22. Le 30 juin 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical suite à une consultation d'immunologie des 21 août, 11 mars, 14 avril, 30 avril et 6 mai 2004.

Il a posé les diagnostics de connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique, FAN d'aspect centromère (1/2560), phénomène de Raynaud typique depuis 2000, douleurs thoraciques mal systématisés.

Le patient présentait un phénomène de Raynaud typique non évolutif depuis 2000 (absence de lésion trophique) ne répondant que partiellement à un traitement de Cosaar. Les éléments invalidants étaient actuellement une tuméfaction des mains et des douleurs rétrosternales atypiques.

Il poursuit : « Le bilan cardiologique complémentaire effectué par le Dr I\_\_\_\_\_ a permis d'écartier complètement une atteinte coronarienne à l'origine des douleurs rétrosternales. Concernant la tuméfaction des mains qui engendre une impotence fonctionnelle d'après le patient, elle est effectivement objectivable et dans ce sens nous avons introduit un traitement de Prednisone à petite dose (10 mg/jour). Après un mois et demi de traitement le patient n'a pas observé d'amélioration. D'autre part, la réduction de celle-ci n'a pas entraîné d'aggravation des symptômes. Nous avons également complété les tests par un ENMG en raison de signes douteux pour un tunnel carpien. Cet examen a montré des vitesses de conduction du nerf médian gauche globalement ralenties. L'examen est resté cependant limité en raison d'une mauvaise tolérance. Nous avons refait des fonctions pulmonaires complètes avec DLCO et qui s'avèrent entièrement normales.

Dans ce contexte, le diagnostic est celui d'une connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique (phénomène de Raynaud et FAN centromère positif), une atteinte d'organe n'ayant pas pu être démontrée. Si l'on observe l'évolution des symptômes depuis quatre ans on constate que la maladie est relativement peu active ».

23. Le 31 mai 2005, la division de réadaptation professionnelle a attesté que l'évolution psychotechnique de l'assuré du 26 mai 2004 montre que ses résultats sont nettement en dessous de la moyenne par rapport à des adolescents qui terminent leur scolarité obligatoire, qu'il a des connaissances en français limitées à l'oral et l'écrit, de sorte qu'une formation trop exigeante et trop théorique ne serait pas envisageable.
24. La doctoresse J\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation du SMR, a rendu le 19 septembre 2005 un rapport médical suite à l'examen clinique de l'assuré du 27 juillet 2005.

Le phénomène de Raynaud apparut en 2000 quelques mois après un accident de la circulation où il avait perdu connaissance avait été classifié comme secondaire et attribué à une maladie de type sclérodermie. Le patient se plaignait aussi de douleurs aux pieds, à la marche et au thorax (douleurs en coups de couteau).

L'échocardiographie du 18 juin 2006 et la double capillaroscopie avaient apporté des éléments en faveur d'une sclérodermie, non concluants.

Les diagnostics étaient, avec répercussion sur la capacité de travail : un phénomène de Raynaud probablement secondaire à une maladie sclérodermique localisée et

sans répercussion sur la capacité de travail, une autolimitation de la main gauche et un status post-accident de circulation en 2000.

L'assuré avait développé une attitude d'évitement en utilisant très peu sa main gauche. Il existait des douleurs et une baisse de la fonction des mains surtout à gauche, ainsi que des douleurs thoraciques et au niveau des pieds, avec observation d'un phénomène de Raynaud que les investigations avaient permis de mettre dans le cadre d'une probable sclérodémie. Actuellement, il n'y avait aucun symptôme clinique objectif de cette affection et on ne constatait qu'une autolimitation de la main gauche.

Il y avait donc une importante discordance entre les limitations fonctionnelles et les douleurs alléguées et peu de signes cliniques actuellement décelables. Cet assuré sinon en bonne santé, qui disait ne pas du tout pouvoir utiliser sa main gauche, avait une vie sociale tout à fait normale, il passait beaucoup de temps à boire des cafés avec ses copains. Il ne semblait donc pas trop souffrir de cette situation quand même un peu exceptionnelle pour un jeune homme, et ne faisait pas de projet concret professionnel futur. Il n'y avait aucun signe de réaction dépressive ou de désorganisation de sa vie. En tenant compte des symptômes objectifs, on pouvait en déduire quelques limitations fonctionnelles, mais qui ne justifiaient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il fallait éviter des travaux de force avec les mains, ainsi que des travaux avec des appareils vibrants. L'assuré devait avoir la possibilité de travailler à une température ambiante normale, évitant le froid et le trop chaud. Il y avait une incapacité de travail totale comme manœuvre et aide-jardinier et une capacité entière dans une activité adaptée dès 2001. Par rapport aux indications du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, daté du 2 octobre 2002, il n'y avait aucun changement, les limitations fonctionnelles ainsi que les autres indications restaient les mêmes. Si l'assuré déclarait avoir subi une péjoration en 2003, celle-ci était purement subjective et n'était pas appuyée par des éléments objectifs.

25. Le 28 septembre 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, du SMR Suisse Romande, a rendu un avis médical à la suite d'un examen de l'assuré du 27 juillet 2005.

La situation était « redevenue calme » et était superposable à celle de l'expertise de 2001 et, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Restait le problème de la péjoration de l'état des mains entre janvier 2003 et février 2004, laquelle commandait de questionner le Dr D\_\_\_\_\_.

26. Le 18 octobre 2005, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé, à la demande de l'OAI, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis janvier 2003; parfois il y avait des exacerbations avec des épisodes de tuméfactions matinales des doigts, avec fourmillements et douleurs à la mobilisation. Il avait été vu toutes les 3-4 semaines et, par intermittence, par des spécialistes de l'Hôpital cantonal en angiologie ainsi que par Dr G\_\_\_\_\_. Il y avait des rémissions de courte durée de cinq à six jours suite auxquelles à nouveau les doigts devenaient fusiformes, boudinés et le patient se plaignait de fourmillements, de douleurs ainsi que des brûlures.

Il existait une incapacité de travail dans toute activité dès le 7 novembre 2000.

Il lui semblait qu'à partir de la reprise du stage, il pouvait s'intégrer dans un travail moins difficile, mais, selon le patient, ses doigts boudinés n'obéissaient absolument pas à aucun ordre donné. Il avait des troubles sensitifs et surtout pendant les activités, quand il touchait des objets, il avait des sensations de fourmillements, de décharges électriques, raison pour laquelle il indiquait qu'il ne pouvait pas reprendre son travail.

27. Le 15 novembre 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical en soulignant qu'il était étonnant que la pathologie n'évoluait pas alors qu'elle était connue pour une évolution progressive avec apparition de lésions objectives au fil du temps et la question d'une simulation restait donc posée. Les conclusions du rapport du SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2002 étaient encore d'actualité.
28. Le rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 27 janvier 2006 relève qu'une activité du secteur tertiaire est possible (réceptionniste, surveillant par exemple) et que le revenu d'invalidé, fondé sur l'ESS 2000, adaptée pour 2001, est de CHF 48'335.- alors que celui sans invalidité est de CHF 54'552.- en 2001 (après une réduction supplémentaire de 15%) ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 11%.
29. Par décision du 16 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur un degré d'invalidité de 11%. Il a précisé qu'une aide au placement pourrait, sur demande, être accordée.
30. Le 16 mars 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical. Il relève que « les premières plaintes du patient apparaissent dans le mois de novembre 2000 au niveau des deux mains ainsi qu'au niveau des deux pieds avec symptomatologie de fourmillement douloureux des bouts de doigts qui deviennent fusiformes boudinés et selon le patient n'obéissent à aucun ordre. Selon l'anamnèse tous ces troubles sensitifs de fourmillement de décharge électrique apparaissent au moindre changement de température ou d'humidité ainsi qu'à l'effort, les doigts prennent une couleur bleu cyanotique. Sous le traitement d'Adalat il y a des rémissions de cinq à six jours. Dès que le patient signale une amélioration, une tentative de travail et décidée mai après vingt-quatre heures le patient revient en disant qu'il ne peut absolument rien faire. Bien entendu vu ces symptômes et les plaintes répétées du patient et après tous les échecs de reprises du travail, j'ai dû lui délivrer l'arrêt de travail chaque mois. Il est vrai que pour l'assuré, trouver un travail : sans humidité, sans changement de température, sans vibration, sans travaux manuels, sans faire d'effort ou soulever du poids est très difficile. Bien entendu un travail de surveillance dans un endroit où il n'y aurait pas de changement de température serait idéal pour lui ».
31. Le 17 mars 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Dr D\_\_\_\_\_ avait estimé qu'il était entièrement incapable de travailler et que l'OAI ne précisait pas quelle activité il serait capable d'effectuer, en violation de son droit

d'être entendu. Il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente.

32. Le 6 septembre 2006, le docteur K\_\_\_\_\_, allergologie et immunologie FMH, a écrit au Dr D\_\_\_\_\_ qu'il avait examiné le patient les 24 août et 4 septembre 2006. Les diagnostics posés étaient les suivants : connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique, non évolutive depuis mars 2004; éosinophilie périphérique (1040 G/L); syndrome de Tietze; rhinosinusite chronique. Il avait pratiqué un bilan biologique et une spirométrie.

« Les résultats, tout comme la clinique permettent de dire que la connectivité du patient est restée stable depuis 2004. S'il n'est pas rare de retrouver une éosinophilie avec certaines collagénoses, au vu de l'augmentation de celle-ci, il me semble toutefois important de compléter le bilan afin d'écartier des causes secondaires d'éosinophilie. Ainsi, la présence d'une rhinosinusite chronique mériterait d'effectuer des prick-tests et de doser les IgE totaux à la recherche d'une cause allergique. Il serait également important de rechercher des parasites dans les selles ou de faire des sérologies pour les parasites. J'ai proposé au Docteur G\_\_\_\_\_ d'effectuer ces analyses lors d'un prochain contrôle ainsi que de refaire une FSC pour contrôler l'éosinophilie. Je n'ai pas d'arguments cliniques pour une éosinophilie entrant dans le cadre d'une facéite à éosinophile (syndrome de Shulman) ».

33. Par décision du 30 novembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant qu'aucun des médecins consultés n'excluait une reprise d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles, par exemple de réceptionniste ou de surveillant.
34. Le 11 janvier 2007, le recourant s'est soumis à une nouvelle capillaroscopie/test au froid concluant à une capillaroscopie anormale spécifique (dystrophies majeures). Le docteur L\_\_\_\_\_ a relevé qu'elle est toujours anormale mais sans grand changement par rapport à 2003. Ces anomalies pouvaient être considérées comme évocatrices de sclérodermie ou Crest mais restaient très modérées.
35. Le 15 janvier 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant à son annulation et à l'octroi d'un reclassement professionnel ou d'une aide au placement et, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Il relève qu'il souffre d'une maladie de Raynaud qui a pour effet de provoquer dans les extrémités des douleurs, des décharges électriques, un œdème et des troubles sensitifs, notamment en cas de changement de température et en cas de stress. Sa maladie était bien évolutive, contrairement à l'avis médical du SMR. Il ne pouvait plus exécuter une activité physique et seule une activité de type intellectuelle était possible. Toutefois, les activités de réceptionniste et surveillant mentionnée par l'OAI étaient irréalistes car il ne pouvait effectuer d'activités annexes souvent exigées, comme l'emploi du téléphone et de l'ordinateur ou encore se déplacer

fréquemment, puisque sa maladie affectait aussi ses pieds. Par ailleurs, la réduction de 15% sur le revenu d'invalidité devait être augmentée à 25% en raison des limitations fonctionnelles particulièrement importantes, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 25% ouvrant le droit à une mesure d'ordre professionnel, soit un reclassement ou une aide au placement.

36. Le 2 février 2007, le docteur M\_\_\_\_\_, FMH médecine interne du SMR, a rendu un avis médical à la suite de l'examen capillaroscopie/test au froid du 11 janvier 2007 et conclut qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis l'examen du SMR du 27 juillet 2005.
37. Le 12 février 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis médical du SMR du 2 février 2007. Il convenait de constater qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'examen médical du SMR du 27 juillet 2005.
38. Le 20 mars 2007, le recourant a répliqué en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré dès lors que les HUG attestaient de dystrophies majeures et que la maladie évoluait lentement. Il réclamait une formation afin d'être en mesure d'exercer une activité intellectuelle.
39. Le 20 avril 2007, l'OAI a dupliqué en relevant que le reclassement professionnel ne pouvait être accordé mais qu'une aide au placement pouvait lui être offerte.
40. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales les Docteurs D\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont donné un avis médical concernant la capacité de travail du recourant.
  - a. Le 8 mai 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé qu'il soignait le recourant depuis l'an 2000. « La santé et l'évolution de sa maladie (syndrome de Raynaud), font que L'assuré ne peut exercer une activité professionnelle et toutes les tentatives de reprise de travail ont échoué ces sept ans. Il s'agit d'une maladie handicapante qui restreint la plupart des activités manuelles, au niveau de la force, ou à cause de syndromes douloureux et/ou fourmillements pouvant être liés à un changement minime de température ou de pression atmosphérique. En ce concerne l'appréciation de l'OAI selon laquelle L'assuré est en mesure d'exercer une activité lucrative depuis 2001 est une question très difficile, étant donné que toutes les tentatives de reprises dans les différentes professions ont échoué. Il a été examiné et réexaminé par les spécialistes de Genève, de Zurich, par les allergologues de Genève et il n'y a jamais eu de conseil précis de la part de mes collègues concernant la reprise et le pourcentage de travail. Evidemment, l'assuré maintient la version qu'il ne peut absolument pas travailler, ce qui est tout-à-fait véridique parce qu'un travail où il y a un changement même minime de température, où il faut qu'il touche l'eau froide, ou bien qu'il utilise des machines de précision, il est incapable de faire des mouvements minutieux avec ses doigts. A l'époque, j'avais conseillé comme unique travail éventuellement possible, le métier de surveillant, par exemple dans un lieu où il n'y a pas de changement de température, où il ne faut pas

soulever des charges de plus de deux kilos et/ou l'humidité est constante. Je pense que pour éclaircir et donner un avis le plus favorable, il faudrait une révision de sa santé par un médecin-conseil de l'assurance ou par un médecin-conseil de l'entreprise ».

- b. Le 9 mai 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait suivi le recourant du 21 août 2003 au 6 mai 2004. « Les investigations pratiquées à l'époque avaient permis d'exclure une pathologie coronarienne et toute autre cause qui pouvait expliquer les douleurs thoraciques. D'autre part les douleurs des mains étaient expliquées principalement par le phénomène de Raynaud secondaire à sa connectivité indifférenciée. Il est clair que les personnes qui souffrent de phénomène de Raynaud peuvent avoir des douleurs aux mains et que celles-ci deviennent aussi moins souples et moins aptes aux mouvements. Le stress et le changement de température sont connus pour aggraver ces symptômes. Sur cette base, je pense qu'à l'époque l'assuré était en mesure d'exercer une activité professionnelle à 100 % dans des conditions de travail qui n'impliquaient pas l'utilisation des mains et qui le mettait à l'abri de températures anormalement basses. Comme déjà mentionné plus haut, je ne peux m'exprimer sur la capacité de l'assuré d'exercer une activité professionnelle actuellement puisqu'il souffre d'une maladie potentiellement évolutive et que je ne l'ai plus revu depuis mai 2004 ».
- c. Le 16 mai 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé qu'il suivait le recourant depuis mars 2001. « Compte tenu de la maladie chronique de ce patient, à savoir une sclérose systémique limitée avec syndrome de Raynaud symptomatique, l'assuré peut exercer une activité professionnelle, pour autant que celle-ci ne comporte aucun travail utilisant les mains. Une autre limitation concerne le lieu du travail, qui doit être tempéré, sans présenter de variations de température (p. ex. courants d'air). Je pense qu'une activité de type surveillance, avec les limitations susmentionnées, est envisageable de suite, et avec un taux de 100 %. La situation clinique de ce patient s'est modifiée depuis 2003, avec subjectivement une aggravation des douleurs des deux mains, bien qu'objectivement les examens (capillaroscopie en 2003) n'aient pas montré de modifications. Une dernière capillaroscopie de 2007, montre une discrète aggravation des lésions vasculaires. Bien qu'il soit toujours difficile de poser un avis rétrospectif, il semble en effet possible que l'assuré ait pu en 2001 déjà exercer une activité à 100 % avec cependant les limitations énoncées. Il me semble important de préciser que les différentes activités proposées à ce patient ne remplissaient pas les critères nécessaires (travail sans les mains, local tempéré sans variations de température) ».
41. Le 13 juin 2007, l'OAI a persisté dans ses conclusions en relevant que les derniers rapports médicaux versés au dossier n'apportaient aucun élément susceptible de faire une appréciation différente du cas.
42. Le 13 juin 2007, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de remarques à formuler.

43. Par arrêt du 2 juillet 2014 (ATAS752/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours en relevant que les avis médicaux figurant au dossier concordaient quant à l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant certaines limitations (sans travaux manuels, en particulier travaux de force avec les mains et minutieux avec les doigts, dans un endroit sans changement de température et sans exposition au froid et au « trop chaud », sans humidité, sans vibration, et sans port de lourdes charges) telle que réceptionniste ou surveillant. Il a précisé que la maladie dont était atteint le recourant étant potentiellement évolutive, il appartiendrait au recourant, en cas d'aggravation de son état de santé, de déposer une demande de révision auprès de l'intimé.
44. A la demande du Dr G\_\_\_\_\_, un mandat de placement a été ouvert à l'OAI le 19 janvier 2009 et fermé le 26 juillet 2010 avec le constat que l'assuré était engagé à 50% comme chauffeur et nettoyeur de voitures dès le 1<sup>er</sup> février 2010 et bénéficiait de prestations de chômage à 50%.
45. Le 10 janvier 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assuré avait dû cesser le travail de nettoyage de véhicules, qui se faisait à l'extérieur, en raison de douleurs constantes et tuméfaction aux mains et a sollicité de l'OAI une aide pour trouver un travail adéquat.
46. Le 4 février 2011, un mandat de placement a été ouvert, mais il a été constaté que l'office cantonal de l'emploi (OCE) était compétent pour réinsérer l'assuré.
47. Le 29 novembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI en sollicitant l'ouverture d'une demande de rente AI.
48. Le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté d'un arrêt de travail total de l'assuré du 16 décembre 2013 au 1<sup>er</sup> juin 2014.
49. Le 24 avril 2014, Generali assurances générales SA a résilié le contrat d'assurance perte de gain en cas de maladie signé par l'assuré le 3 septembre 2013 en raison d'une réticence.
50. Le 13 mai 2014, l'assuré a déposé à l'OAI une demande de prestations.
51. Par projet de décision du 26 juin 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en relevant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées depuis la dernière décision.
52. Le 18 août 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que les examens de capillaroscopie de mai 2014 montraient des signes nets d'aggravation de l'atteinte, corrélée avec les plaintes de l'assuré qui présentait des douleurs aux mains avec un important œdème et l'impossibilité d'utiliser ses mains pour une quelconque activité ; il a transmis un rapport du 5 juin 2014 de l'unité d'immunologie clinique des HUG dont la capillaroscopie qui était mentionnée comme « toujours anormale, en claire aggravation depuis 2010 avec apparition d'une désorganisation globale, diminution

de la densité capillaire, nombreuses tortuosités et ramifications et au moins deux méga-capillaires, toujours compatibles avec une connectivité mixte pré-sclérodermique. »

53. Le 2 septembre 2014, la doctoresse N\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'une instruction était nécessaire auprès du Dr G\_\_\_\_\_ et du service d'immunologie des HUG.
54. Le 3 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entrerait en matière sur sa nouvelle demande de prestations et requis de celui-ci différentes pièces et renseignements.
55. Le 24 septembre 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, du service d'immunologie et allergologie des HUG, a rempli un rapport médical AI attestant de connectivité indifférenciée ; l'état clinique s'était aggravé au fil des ans avec, en 2014, d'importantes douleurs aux mains (phénomène de Raynaud) ; potentiellement, l'évolution pouvait aller vers un sclérodémie systémique, avec des complications possibles d'hypertension artérielle pulmonaire, fibrose pulmonaire, trouble majeur de la mobilité interstitielles, des arthrites et ulcères digitaux ; l'exposition au froid était dangereuse.
56. Le 3 décembre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant d'une aggravation progressive (selon capillaroscopie) et de douleurs invalidantes des deux mains dans un contexte de Raynaud, de tuméfactions bilatérales des mains, d'arthralgies, d'un pronostic défavorable au vu de l'évolution ces dernières années, d'une incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 2013 et d'une impossibilité d'utiliser les mains pour un travail physique, de protection au froid nécessaire, de douleurs et gonflements. Aucun travail avec utilisation des mains n'était possible.
57. Le 4 décembre 2014, l'OAI a requis de l'assuré les bilans et comptes de pertes et profits du Garage lavage A\_\_\_\_\_.
58. Le 29 janvier 2015, la Dresse N\_\_\_\_\_ a proposé une instruction complémentaire auprès du Dr H\_\_\_\_\_.
59. Le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI le 4 février 2015 qu'il n'était pas le médecin-traitant de l'assuré et n'avait pas évalué son aptitude au travail.
60. Le 5 février 2015, l'OAI a rappelé à l'assuré qu'il attendait les renseignements demandés.
61. Par sommation du 30 mars 2015, l'OAI a fixé à l'assuré un délai au 30 avril 2015 pour fournir les renseignements demandés.
62. Le 13 août 2015, la doctoresse O\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible, que l'activité exercée n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée pourrait être exercée à 100%.
63. Par projet de décision du 21 août 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que les documents exigés ne lui étaient pas parvenus.
64. Par décision du 30 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

65. Le 16 octobre 2015, l'assuré, représenté par Madame P\_\_\_\_\_, comptable, a recouru à l'encontre de la décision précitée ; elle s'était entretenue avec Monsieur Q\_\_\_\_\_ et avait envoyé un courriel le 17 septembre 2015 à Madame R\_\_\_\_\_, lequel n'était apparemment pas arrivé à l'OAI, de sorte qu'il était demandé à l'OAI de reconsidérer le cas. Elle a transmis copie d'un courrier du 17 septembre 2015 envoyé à « R\_\_\_\_\_@ge.oia.ch » comprenant les comptes de pertes et profits du Garage A\_\_\_\_\_ 2012, 2013 et 2014.
66. Le 11 novembre 2015, l'OAI a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet, en relevant que Mme P\_\_\_\_\_ ne pouvait être considérée comme une mandataire professionnellement qualifiée et que le courriel de celle-ci du 17 septembre 2015 joignant les bilans et comptes et pertes et profits 2012/2013/2014 de l'assuré comportait une erreur de frappe dans l'adresse e-mail, de sorte qu'un message d'erreur avait dû parvenir à Mme P\_\_\_\_\_ en retour ; l'assuré n'avait pas collaboré, contrairement à son obligation.
67. A la demande de la chambre de céans, Mme P\_\_\_\_\_ a indiqué le 4 janvier 2016 qu'elle était comptable pour la famille A\_\_\_\_\_ et avait aidé l'assuré, à la demande de celui-ci, pour son dossier AI ; toutefois, elle n'était pas une mandataire professionnellement qualifiée.
68. Le 29 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties. A la demande de la présidente, le recourant a signé son recours ; il a ensuite déclaré :
- « Ma maladie s'est péjorée. Elle s'étend aux mains, aux pieds, même au pénis. J'ai également mal sur la face de la tête. Mes mains gonflent, également mon visage et les parties de mon corps deviennent bleues, surtout aux changements de température. L'été, avec la chaleur, j'ai également des problèmes de gonflements. La maladie provoque également des douleurs, avec une sensation de coup de couteau dans les mains, ainsi que dans les autres parties du corps. Dès que mes mains sont en contact avec de l'eau, les symptômes apparaissent.
- J'ai monté une entreprise de lavage de voitures en 2012. J'ai travaillé avec mon fils. J'ai d'abord travaillé pour un ami qui avait une entreprise de lavage de voitures. Cet ami m'a aidé à reprendre une entreprise aux Eaux-Vives. J'ai d'abord eu un ami qui m'aidait puis, pour des raisons financières, j'ai travaillé avec mon fils. J'essayais de m'occuper plus de l'aspect administratif, voire d'aller chercher des voitures plutôt que du lavage, mais je lavais également des voitures à l'extérieur ou à l'intérieur. J'ai dû me résoudre à faire ce travail, même s'il n'était pas adapté, car j'avais cherché du travail ailleurs, mais personne ne m'avait engagé à cause de mes mains. J'ai seulement travaillé 4 à 5 mois dans mon entreprise ; après j'ai arrêté de travailler. L'entreprise fonctionne avec mon fils et ma femme.
- Je ne comprends pas pourquoi je n'ai jamais reçu les courriers de l'OAI que vous me citez, soit du 4 décembre 2014, février et avril 2015. J'habite toujours au \_\_\_\_\_, avenue de la S\_\_\_\_\_. Avant la décision du 30 septembre 2015, je suis allé déposer les bilans de la société directement à l'OAI.

Je ne comprends pas ce qui s'est passé avec ces courriers, car j'habite toujours à cette adresse. Je ne me suis pas absenté de mon domicile depuis début 2015.

Je ne me rappelle plus exactement la teneur de l'envoi de l'OAI, mais je sais que j'ai reçu un courrier de l'OAI qui faisait apparaître que je n'avais pas transmis les documents demandés. Je l'ai immédiatement transmis à Mme P\_\_\_\_\_ qui a ensuite envoyé un courriel à l'OAI en septembre 2015.

Pour répondre à Mme T\_\_\_\_\_, je signale que je n'ai pas reçu le courrier de la Cour du 5 janvier 2016. »

La représentante de l'OAI a déclaré :

« Nous n'avons reçu aucun bilan, avant la transmission de Mme P\_\_\_\_\_, dans le cadre de la présente procédure. En particulier, après le courrier du 4 décembre 2014, M. A\_\_\_\_\_ n'a pas répondu. La sommation du 30 mars 2015 a été envoyée en recommandé. Le courrier du 4 décembre 2014 a été envoyé par pli normal et celui du 5 février 2015 en recommandé. J'ai également qu'un courrier recommandé du 24 avril 2014 de GENERALI était venu en retour.

Nous maintenons notre décision, car au moment où celle-ci était rendue, l'OAI était légitimé à refuser l'entrée en matière sur la demande, plusieurs courriers et sommations ont été notifiées au recourant. »

### **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 1er 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 recours déposé dans le délai de l'art. 60 LPGA a été signé par Madame P\_\_\_\_\_, laquelle n'est pas habilitée à représenter le recourant, comme elle l'a elle-même admis ; en conséquence, le recours n'a pas été signé par le recourant dans le délai légal précité. Le Tribunal fédéral a cependant jugé que sous réserve d'un éventuel abus de droit, l'autorité de contrôle doit accorder à l'auteur d'un mémoire de recours non signé un bref délai supplémentaire pour corriger le vice, même lorsque le délai de recours est échu (ATF 1C\_39/2013 du 11 mars 2013).

En l'espèce, le recours ayant été signé par le recourant lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 29 février 2016, à la demande de la chambre de céans, il doit être déclaré recevable.

3. Est litigieuse la décision de refus de prestations de l'intimé pour défaut de collaboration du recourant.

4. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (al. 2).

Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

Selon l'art. 7b al 2 let. d et al. 3 LAI, en dérogation à l'art. 21, al. 4, LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré : ne communique pas à un office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi (al. 2 let. d). La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances, en particulier de la gravité de la faute de l'assuré (al. 3).

L'administration ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de l'assuré, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (arrêt I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7, in SVR 2007 IV n° 48 p. 156). Cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande en considérant que les faits dont l'intéressé entend tirer un droit ne sont pas démontrés (ATF 117 V 261).

5. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant mais l'a rejetée, au motif que celui-ci n'avait pas collaboré, singulièrement ne lui avait pas communiqué les bilans et les comptes de pertes et profits du Garage A\_\_\_\_\_.

Il est admis que l'intimé a envoyé au recourant une demande de renseignements les 3 septembre et 4 décembre 2014 en courrier simple, puis un rappel du 5 février 2015 et une sommation du 30 mars 2015 en courrier recommandé et que le recourant n'y a effectivement répondu que dans le cadre de son recours du 16 octobre 2015 déposé à l'encontre de la décision litigieuse du 30 septembre 2015.

Le recourant fait valoir qu'il n'a eu connaissance de la requête de l'intimé qu'après réception du projet de décision du 21 août 2015, que celui-ci a été immédiatement transmis à Mme P\_\_\_\_\_, laquelle a envoyé les documents demandés à l'intimé par courriel du 17 septembre 2015, mais que ceux-ci ne sont pas parvenus à destination en raison d'une erreur dans l'adresse mail de l'intimé.

Il est à cet égard avéré que le courriel a été adressé par Mme P\_\_\_\_\_ à R\_\_\_\_\_@ge.oia.ch au lieu de R\_\_\_\_\_@ge.oai.ch.

Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'au moment où l'intimé a rendu sa décision le 30 septembre 2015, il n'était toujours pas en possession des documents demandés au recourant, malgré l'envoi des demandes et rappels entre le 3 septembre 2014 et le 21 août 2015.

Cependant, antérieurement à la décision litigieuse, le recourant a bien eu la volonté de transmettre à l'intimé les documents en cause, Mme P\_\_\_\_\_ ayant envoyé à l'intimé un courriel le 17 septembre 2015 comprenant ces documents. Or, l'erreur dans l'adresse, consistant en une inversion des lettres « oia » au lieu de « oai » doit être qualifiée de négligence légère et, à ce titre, doit être considérée comme excusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA ; on ne saurait en effet qualifier cette erreur d'agissement inexcusable permettant d'en déduire un refus de collaborer du recourant ; or, si le courriel du 17 septembre 2015 avait été correctement adressé, l'intimé aurait pris en compte les documents annexés en renonçant à rendre une décision de refus pour défaut de collaboration.

En conséquence, même si, au moment de rendre la décision litigieuse du 30 septembre 2015, l'intimé n'était pas informé de la tentative du 17 septembre 2015 de Mme P\_\_\_\_\_ de transmettre les renseignements demandés au recourant, ce fait, survenu antérieurement à la date de la décision en cause, doit être pris en compte dans l'évaluation du comportement du recourant et la pertinence du caractère excusable ou non de ce dernier.

6. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour statuer sur le fond.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 30 septembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé, au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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