

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1969, originaire d'Ethiopie, a été peu ou pas scolarisé dans son pays. Il est arrivé en Suisse en 1985 et a été naturalisé en 1997. Il a suivi un an de préapprentissage en Suisse et a travaillé en qualité d'aide monteur-électricien dès 1998, à l'âge de 18 ans, auprès de X_____ SA.
2. En 2010, son salaire annuel s'élevait à CHF 65'500.-, treizième salaire inclus, pour un travail à plein temps, à raison de 40 heures par semaine, correspondant à l'horaire usuel dans l'entreprise.
3. Selon son extrait de compte individuel, l'assuré a réalisé un revenu annuel brut de CHF 67'600.- en 2006, CHF 67'200.- en 2007, CHF 73'500.- en 2008, CHF 65'200.- en 2009 et CHF 65'800.- en 2010.
4. L'assuré est marié et père de trois enfants, nés en 1998, 2000 et 2011.
5. Il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 22 juin 2011 en raison de sciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 compressives sur la racine L5, depuis septembre 2010. Il était totalement incapable de travailler depuis le 5 septembre 2010.
6. Selon le rapport de la Dresse L_____, cheffe de clinique au Service de médecine de premier recours des HUG, du 31 août 2011, l'assuré présentait une hernie discale L4-L5 avec compression de la racine L5 gauche depuis septembre 2010 et, sans répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif léger. L'assuré s'était présenté aux urgences et malgré un traitement conservateur, une persistance des symptômes avait été relevée. Une cure de Prednisone®, suivi d'une infiltration était restée sans amélioration. L'assuré avait subi une discectomie interlombaire L4-L5 gauche le 1^{er} mars 2011 mais il présentait des lombalgies irradiant dans la fesse en post-opératoire. L'IRM pratiquée montrait l'apparition d'une fibrose le long du trajet opératoire provoquant une compression au niveau L5, ainsi que l'apparition d'un bombement discal L4-L5 avec péjoration de la protrusion discale médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1. Une nouvelle cure de Prednisone® avait amené un soulagement partiel et temporaire et, en l'état, une attitude conservatrice avait été proposée. L'assuré avait été incapable de travailler à 100% du 1^{er} octobre 2010 au 12 septembre 2011. Une reprise à 20% était éventuellement envisageable dès le mois de septembre 2011, selon les résultats de la consultation prévue ce mois-là. La Dresse L_____ a précisé, le 30 novembre 2011, qu'il n'y avait pas eu d'amélioration malgré le traitement, de sorte que l'état était resté stationnaire et que l'assuré restait totalement incapable de travailler, en tout cas jusqu'en décembre 2011.
7. Sur ce, en raison de l'état de santé, l'OAI a estimé qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.

8. Selon le rapport du Dr M_____, rhumatologue auprès des HUG, du 1^{er} novembre 2011, l'examen clinique évoquait plutôt une sciatgie de type périarthrite de hanches qu'une véritable récurrence de syndrome radiculaire. De la physiothérapie avait été prescrite et il n'y avait pas d'indication à une prise en charge de type PRODIGE.
9. L'assureur perte de gain de l'employeur a mandaté le Dr N_____, rhumatologue, afin de procéder à une expertise médicale. Selon son rapport du 10 mars 2012, l'assuré souffrait de lombalgies chroniques avec un status après cure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 ainsi que d'une probable tendinobursite trochantérienne gauche. La capacité de travail était limitée à 50% et devrait être de 100% après un délai de 4 à 6 semaines, le temps de mettre en place des mesures thérapeutiques (infiltration, physiothérapie), pour autant que l'activité ne nécessite pas de port de charges répété de plus de 10 kg, de mouvements répétitifs et amples de la colonne dorso-lombaire. Dans un emploi de bureau ou de type administratif, la capacité de travail était immédiatement de 100%.
10. Le Dr M_____ a relevé, le 3 avril 2012, que l'expertise du Dr N_____ avait omis de tenir compte de certains éléments, soit d'une part la douleur à la fesse droite chronique, quotidiennement invalidante et d'autre part, les épisodes de lumbago à répétition, durant lesquels l'assuré avait le segment lombaire totalement bloqué. En l'absence de réponse clinique convaincante de l'infiltration rétrotrochantérienne et de la physiothérapie, les propositions du Dr N_____ étaient caduques. En attendant d'obtenir de la place dans un programme de réhabilitation multidisciplinaire, une tentative de reprise du travail avait échoué, en raison d'une récurrence de syndrome lombo vertébral très invalidant. Le traitement médicamenteux avait été intensifié dans l'attente de la réhabilitation.
11. Le Dr N_____ a répondu le 20 avril 2012. Dans la mesure où le traitement proposé par le Dr M_____ constituait un traitement adapté à la situation de l'assuré et qu'il avait dû être repoussé pour des raisons indépendantes de ce dernier, il était raisonnable d'accepter le versement des indemnités jusqu'au 15 juin, puis à 50% durant quatre semaines. Il maintenait que dans une profession administrative, la capacité était de 100% depuis mars 2012.
12. L'assureur perte de gain a limité le versement des indemnités journalières à 50% dès le 17 juin 2012 et a mis un terme à tout versement d'indemnités dès le 15 juillet 2012.
13. Par projet du 13 juillet 2012, confirmé par décision du 7 février 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, du 1^{er} décembre 2011 au 31 juillet 2012, l'assuré étant capable de travailler à 100% dès le 16 juillet 2012.
14. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.
15. Il a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 28 mai 2013, en raison d'une sciatgie gauche depuis septembre 2010 dans le contexte d'une hernie discale.

16. Par pli du 29 mai 2013, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a fixé un délai de 30 jours à l'assuré pour produire les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé depuis la date de la dernière décision.
17. Un nouveau délai de 30 jours lui a été fixé par courrier du 6 juin 2013 pour ce faire.
18. Par projet du 13 septembre 2013, confirmé par décision du 29 octobre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré.
19. L'assuré, représenté par un avocat, a formé recours le 28 novembre 2013. Il a conclu qu'une expertise médicale soit confiée à la Clinique Corela, à l'audition de la Dresse L_____ et, principalement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 15 mai 2013. Son droit d'être entendu avait été violé, car l'OAI ne lui avait pas rappelé qu'il devait produire un constat médical relatif à sa capacité de travail. Le recourant croyait de bonne foi que, à l'instar de la première procédure, l'OAI s'adresserait directement au médecin pour se renseigner. Il n'avait jamais refusé de coopérer, de sorte que le comportement de l'intimé était choquant. La décision de refus d'entrer en matière était arbitraire, car l'assuré souffrait de symptômes importants qui s'étaient aggravés depuis la dernière décision, ce qui serait déterminé par l'expertise judiciaire que la Cour devait ordonner. La Dresse L_____ avait adressé son patient au Dr P_____, spécialiste auprès du Service de neurochirurgie, lequel avait proposé d'adresser l'assuré à la Clinique Corela pour évaluer sa capacité de travail. Outre le courrier du Dr P_____ à la Dresse L_____, le recourant a produit des pièces contenues dans le dossier de l'OAI.
20. L'OAI a conclu au rejet du recours le 30 janvier 2014. La décision du 7 février 2013 n'avait pas été contestée et était entrée en force. L'assuré n'avait produit aucune pièce médicale attestant d'une quelconque détérioration de son état de santé postérieurement à la première décision, de sorte que la décision de refus d'entrer en matière était fondée.
21. Dans le délai fixé au 6 mars 2014 pour consulter les pièces, le cas échéant se déterminer, l'assuré ne s'est pas manifesté, de sorte que 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; 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, l'état de fait déterminant, soit la vraisemblance de l'aggravation de l'état de santé, est postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), auxquelles sont soumis cette cause (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 56 et 60 LPGA; cf. également l'art. 63 al. 1 let. A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). Déposé dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de l'assuré du 23 mai 2013.
6. Lorsque qu'une rente a été refusée 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références).

Ainsi, 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. Aussi, 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).

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 1er 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).

7. En l'espèce, la première demande de prestations d'invalidité déposée par l'assuré le 22 juin 2011 a donné lieu à une décision de l'OAI du 7 février 2013, lui octroyant une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} décembre 2011 au 31 juillet 2012. L'OAI s'est alors fondé sur l'expertise du Dr N_____ qui avait retenu, après avoir pris connaissance de l'avis du Dr M_____, que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 15 juillet 2012. La décision du 7 février 2013 est entrée en force, faute de recours.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations d'invalidité du 28 mai 2013, déposée à peine deux mois après l'échéance du délai de recours contre la décision du 7 février 2013, l'assuré n'a produit aucun rapport médical faisant état d'une aggravation de son état de santé, intervenue postérieurement à la décision. Au contraire, il ressort des rapports médicaux des médecins de l'assuré, en particulier de ceux du Dr M_____, que celui-ci estime en réalité que les conclusions du Dr N_____ sont contestables, de sorte que c'est en fait la décision initiale de limitation de la rente qui est remise en cause. Toutefois, pour ce faire, l'assuré aurait dû recourir contre ladite décision. A l'appui de sa nouvelle demande, il ne fait pas valoir qu'il en aurait été empêché sans faute de sa part. Au surplus, à réception de la nouvelle demande de prestations d'invalidité du 28 mai 2013, l'OAI a fixé à l'assuré un premier délai de 30 jours pour produire les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Sans nouvelle de sa part, l'OAI lui a fixé un nouveau délai par pli du 6 juin 2013, resté sans réaction. Ainsi, l'OAI a respecté, en tous points, les réquisits de la jurisprudence du Tribunal fédéral avant de refuser, conformément à la loi, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas.

8. Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant, plaidant au bénéfice de l'assistance judiciaire, est exempté du paiement de l'émolument prévu par l'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. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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