

EN FAIT

1. Monsieur Y_____ (ci-après : le recourant), né en 1958, divorcé, sans enfants, manutentionnaire, a déposé une première demande de prestations AI pour adultes le 22 novembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'affections valvulaires, suite à trois opérations cardiaques.

Il indiquait ne plus pouvoir effectuer de travail physiquement lourd et devoir éviter les milieux à risque en raison d'un traitement par anticoagulant. Il avait entrepris une formation dans le domaine de la comptabilité.

Il demandait une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

2. Il ressort des curriculum-vitae figurant au dossier que le recourant, avant d'exercer l'activité de manutentionnaire avait travaillé dans les domaines de la comptabilité (toutefois en 1982), du nettoyage, et de la restauration.
3. Dans une attestation du 26 juillet 2006, le Dr A_____ indiquait que le recourant devait être reconverti dans une nouvelle profession car il ne pouvait exercer de travail physique lourd tel que le port de charges.
4. Selon un rapport médical non signé du Dr B_____, cardiologue FMH, daté du 4 décembre 2007, tout effort physique serait interdit au recourant en raison de sa condition cardio-vasculaire et toute activité à risque devait être évitée en raison du traitement par anticoagulant.
5. Le 13 décembre 2007, le Dr A_____ fut d'avis que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et complète dans une activité adaptée, par exemple un travail de bureau.
6. Sur demande de l'OAI, le Dr B_____ transmet un rapport d'échocardiogramme-doppler transthoracique du 2 juillet 2007.
7. Le 15 avril 2008, le médecin du Service médical régional AI pour la suisse romande (ci-après : SMR), le C_____ indiqua que l'atteinte cardiaque justifiait tout au plus un léger handicap pour les gros travaux physiques. L'anticoagulant justifiait d'éviter les travaux à risque de coupures, comme un poste d'aide de cuisine. Pour le surplus, toutes les activités étaient possibles à plein temps, après la convalescence, soit au maximum trois mois après une intervention du 10 mai 2004.
8. Par décision entrée en force du 23 mai 2008, la demande du recourant fut rejetée, en raison du fait que l'affection cardiaque n'avait pas d'effet mesurable sur la

capacité de travail. L'état de santé n'interdisait pas la reprise d'une des activités professionnelles déjà exercées, notamment la comptabilité, le nettoyage léger, ou encore une activité de barman.

9. Le 12 mars 2009, le recourant déposa une seconde demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI, afin d'obtenir une orientation professionnelle.

Cette demande était, à nouveau, motivée par des affections valvulaires, suite à trois opérations du cœur.

10. Le Dr A_____ rapporta le 8 avril 2009 que l'état de santé du recourant s'était péjoré, en ce sens qu'il était de plus en plus limité à l'effort physique intense. Une réadaptation était ainsi nécessaire.

Le Dr A_____ se référait à un avis du Dr B_____ du 7 avril 2009, lequel indique que la condition cardiovasculaire du recourant lui interdisait tout effort physique accru, de même que les activités à risque de choc, en raison du traitement par anticoagulant.

Cet avis mentionne également l'absence d'aggravation sur le plan cardiaque : « En conclusion il n'y a pas d'aggravation du gradient au niveau de la prothèse valvulaire aortique et les autres valvulopathies restent stables. De même la fonction systolique ventriculaire gauche reste modérément diminuée. ».

Etaient également joints un rapport d'échocardiogramme-doppler transthoracique du 27 mars 2009, un rapport de test d'effort du 1^{er} avril 2009 et un rapport d'IRM cardiaque de stress du 7 avril 2009.

11. Le 10 juin 2009, le Dr D_____, médecin du SMR, indiquait que selon le rapport du Dr B_____ du 7 avril 2009, la situation médicale était inchangée.
12. Par projet de décision du 24 août 2009, confirmé, en l'absence de contestation, par décision du 28 septembre 2009, l'OAI refusa d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations, considérant qu'il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, puisque la situation médicale restait inchangée.
13. Le recourant forma recours de cette décision par acte adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales du 3 novembre 2009. Il indiquait que la décision du 28 septembre 2009 ne lui était parvenue que le 5 octobre 2009 par pli postal simple. Il concluait à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi de mesures de réorientation professionnelle et demandait à pouvoir disposer d'un délai pour fournir des avis médicaux.

14. Le 9 novembre 2009, l'OAI confirma que la décision du 28 septembre 2009 n'avait pas été envoyée par pli recommandé. Il ne disposait ainsi pas d'un récépissé postal attestant de la date de notification.
15. Le 2 décembre 2009, l'OAI répondit au recours, concluant à son rejet. L'OAI se référait à l'art. 87 al. 3 RAI, dont les conditions étaient tenues pour non réalisées, ce qui lui permettait d'écarter la nouvelle demande sans plus ample examen. Il fallait également tenir compte du faible laps de temps écoulé depuis la décision antérieure. Il n'y avait en l'espèce aucun élément nouveau mentionné dans l'avis du Dr A_____ du 8 avril 2009.
16. Le recourant compléta son recours par écriture du 5 février 2010. Il produisait différents documents médicaux concernant des problèmes rhumatologiques. Ces documents médicaux, à l'exception d'un rapport d'IRM dorso-lombaire du 24 juin 2009, sont tous postérieurs à la décision entreprise. Ces documents font état d'une discopathie avec réaction inflammatoire et suspicion d'envahissement épidual, au niveau de L4-L5 (avis du Dr E_____ du 9 novembre 2009). Il est également mentionné que le recourant est très limité fonctionnellement sans pouvoir effectuer des travaux lourds, porter des charges, ni rester longtemps dans les positions prolongées (avis du Dr E_____ du 21 décembre 2009).
17. Sur quoi la cause fut gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 avoir reçu la décision du 28 septembre 2009 le 5 octobre 2009 par pli simple, tandis que l'OAI confirme avoir expédié ladite décision par pli simple et ne pas être en mesure de déterminer la date de la notification.

Ainsi, le recours déposé au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales le 3 novembre 2009 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 le bien fondé d'une décision de refus d'entrée en matière sur une deuxième demande de prestations et singulièrement sur l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision antérieure.
5. Conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68, 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198).

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 114 consid. 2b).

6. En l'espèce, le Tribunal relève que la seconde demande de prestations du recourant ne mentionne que ses affections cardiaques, de sorte que l'OAI ne pouvait imaginer que le recourant souffre également de troubles d'ordre rhumatologiques.

S'ajoute à cela que les différents avis médicaux portés au dossier jusqu'à la décision litigieuse ne mentionnent pas d'autre affection que les affections cardiaques.

Or, selon l'avis médical du Dr BUS TOS du 7 avril 2009 : « En conclusion il n'y a pas d'aggravation du gradient au niveau de la prothèse valvulaire aortique et les autres valvulopathies restent stables. De même la fonction systolique ventriculaire gauche reste modérément diminuée. ».

L'OAI était ainsi fondé à considérer que l'état médical n'avait pas évolué.

De la sorte, le refus d'entrer en matière était manifestement fondé.

7. Dans le cadre de la procédure de recours et pour la première fois, le recourant fait état de troubles rhumatologiques. Ces troubles ne font ainsi pas partie de l'objet du litige de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte.

De surcroît, il faut constater que le recourant ne les a pas invoqués pour rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Ainsi, le recourant sera-t-il renvoyé, s'il s'y estime fondé, à déposer une nouvelle demande sur la base des troubles rhumatologiques dont il semble souffrir.

8. Le recours sera ainsi rejeté.
9. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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

Le président

Aline MARC PELLANDA

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