

GE_GERICHTE A/1688/2016 vom 21. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1688_2016

FR: GE_GERICHTE A/1688/2016 du 21 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/1688/2016 del 21 marzo 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Madjid LAVASSANI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, ressortissant turc, est arrivé en Suisse le 23 août 1986. Sans formation professionnelle, et au bénéfice d'un permis C depuis le 14 septembre 2000, il a travaillé à compter du 22 avril 1996 à plein temps en tant qu'employé d'entretien pour B_____ SA (ci-après : l'employeur). 2. Durant les rapports de travail, l'assuré a présenté, à réitérées reprises depuis le 8 février 1999, des périodes d'incapacité de travail totale ou partielle pour cause de maladie. L'assurance-maladie Supra lui a versé des indemnités journalières pour perte de gain (cf. courrier de Supra du 28 décembre 2000). 3. Dans son rapport du 16 septembre 1999, le médecin traitant de l'assuré, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, a indiqué que celui-ci se plaignait de lombosciatalgies depuis 1994, ayant peu entravé son activité de nettoyage jusqu'en avril 1999, date à partir de laquelle il avait présenté une crise douloureuse aiguë avec cruralgie gauche, nécessitant un arrêt de travail complet. Après un traitement de rééducation physique, il avait pu reprendre son activité à temps partiel dès le 10 juin 1999. Un point douloureux lombaire persistait toutefois dans certaines situations mécaniques et des douleurs de la face antérieure de la cuisse gauche se manifestaient lors de marches prolongées ou de certains efforts. 4. Dans son rapport du 22 décembre 1999, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, a diagnostiqué, après avoir examiné l'assuré le 1^{er} octobre 1999, des lombocruralgies sans signe évident d'irritation radiculaire. Le scanner réalisé en avril 1999 révélait une hernie médiane et paramédiane bilatérale de L5-S1. La mobilisation du rachis était sensible dans tous les plans avec des douleurs à la palpation des apophyses de L4 à S1. Il n'y avait pas de contractures nettes de la musculature para-vertébrale lombaire, ni de déficit sensitivo-moteur. 5. Dans son rapport du 6 juin 2000, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a écrit que les lombalgies avaient débuté en 1994, lorsque l'assuré avait soulevé une lourde charge au travail. Depuis quelques mois, l'irradiation sciatalgique concernait la face antérieure de la cuisse gauche. Les constatations radiologiques de protrusion discale, voire de hernie discale L5-S1 ne jouaient probablement pas de rôle dans la symptomatologie actuelle, les sciatalgies étaient à gauche et ne correspondaient pas à l'étage lombaire atteint. L'assuré présentait également un syndrome dépressif vraisemblablement secondaire à une situation familiale difficile. Le médecin a conclu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité sans charge, et sans mouvement répétitif du tronc. 6. Le 30 novembre 2000, l'assuré a déposé

une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale depuis avril 1999. !endif]>![if> 7. Dans son rapport du 12 février 2001, le Dr C_____ a noté que l'assuré avait repris son emploi à plein temps depuis le 8 janvier 2001, malgré la persistance des douleurs qui restaient tolérables. Les sciatalgies étaient actuellement modérées, la lombalgie, fluctuante, s'aggravait lors d'efforts. Le praticien a conclu à une lombosciatalgie chronique résistant à tous les traitements conservateurs et pour laquelle une intervention chirurgicale n'était pas indiquée. Il existait une petite hernie discale L5-S1, dont le lien avec la symptomatologie n'était pas évident. !endif]>![if> 8. Par décision du 7 août 2002, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 6 juin 2002. Se référant au rapport du service de réadaptation professionnelle du 14 mai 2002, lequel s'appuyait sur les rapports médicaux précités, l'OAI a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, dans des métiers tels qu'ouvrier en industrie, employé au contrôle de marchandise ou employé au tri et pré-usinage. Par une comparaison de gains, le revenu d'invalidité, calculé sur la base de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires, dans une activité adaptée était entre 35 et 52% plus élevé que celui réalisé en tant que nettoyeur, de sorte que la demande de prestations a été rejetée. !endif]>![if> 9. Depuis le 1^{er} septembre 2002, l'assuré bénéficie des prestations de l'Hospice général. !endif]>![if> 10. Le 22 octobre 2002, le docteur F_____, chirurgien, a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 9 décembre 2002, le praticien a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies chroniques et protrusion discale L5-S1 depuis 1999, ainsi qu'un état dépressif depuis 2001. Les infiltrations avaient soulagé l'assuré pendant six à huit mois. La reprise de son activité professionnelle à plein temps s'était soldée par un échec. Depuis la séparation d'avec son épouse était apparue une insomnie chronique, accompagnée d'isolement et d'une fatigue chronique. La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais partielle dans une activité adaptée, telle que vendeur, réceptionniste, ou téléphoniste. !endif]>![if> 11. Le 24 janvier 2003, l'assuré a consulté la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 27 janvier 2003, elle a indiqué que la marche s'effectuait sans boiterie. La marche sur le talon et la pointe des pieds ne présentait pas de problème. L'appui monopodal était tenu, et le sautiller sans limitation. Les radiographies de la colonne lombaire étaient normales, hormis la présence d'une discrète arthrose interfaccettaire postérieure au niveau L5-S1. L'examen complémentaire au niveau des membres inférieurs était également normal. Ledit médecin a retenu le diagnostic de lombosciatalgie gauche chronique mécanique. Elle a recommandé à l'assuré de la physiothérapie, de type renforcement musculaire au niveau de la ceinture abdomino-pelvienne. !endif]>![if> 12. Dans son rapport du 4 mars 2003, le Dr C_____ a relevé qu'à l'examen clinique, la mobilité du rachis était globalement conservée, harmonieuse dans tous les axes. Les mouvements extrêmes réveillaient une douleur lombaire, surtout la flexion postérieure. La palpation des apophyses épineuses était douloureuse en L4-L5, il n'y avait pas de point douloureux sacro-iliaque. À l'examen neurologique, la force était conservée, et la sensibilité diminuée dans le membre inférieur gauche de manière atypique. L'examen des autres articulations ne montrait aucun signe pathologique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais partielle dans une activité adaptée, légère, permettant d'alterner les positions assis et debout, et d'éviter le port de charges, l'inclinaison du buste, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, le travail en hauteur, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier.

13. Dans son rapport du 1^{er} septembre 2003, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), dislocation de la famille par divorce (Z63.5), difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.24). La symptomatologie était décrite comme suit : « soliloque, accès de colère, rage, idées de suicide, sentiment d'infériorité et d'incompétence, anhédonie, dysphorie, affecté par les troubles de comportement de son fils (...), difficultés linguistiques et sommeil désorganisé ». L'incapacité de travail était jugée totale.

14. Le 29 novembre 2004, l'assuré a été examiné par les doctresses I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, toutes deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans leur rapport bi-disciplinaire du 8 février 2005, elles ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques persistantes non déficitaires dans le cadre d'un trouble rachidien, une discopathie L5-S1 avec protrusion discale voire hernie pré-ligamentaire médiane-paramédiane gauche et ébauche de spondylarthrose, ainsi qu'une importante dysbalance musculaire, des cervico-scapulalgies gauches dans le cadre d'un trouble rachidien et une discopathie C5-C6 avec hernie discale postéro-latérale gauche s'éteignant dans le trou de conjugaison C5-C6, non déficitaire, et un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites, en rémission.

En dépit de l'hernie discale, aucun déficit sensitivo-moteur n'était constaté. La musculature était bien développée avec une force symétrique. Les limitations fonctionnelles en résultant étaient les suivantes: pas de position en rotation ou en extension maximale de la colonne cervicale, ni de position statique prolongée debout ou en porte-à-faux, pas de port de charges au-dessus de 20-25 kg. Sur le plan psychiatrique, l'examen n'a pas mis en évidence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de graves perturbations de l'environnement psychosocial. Le diagnostic posé par le Dr K_____ était en rémission. Il s'agissait d'un état de détresse et de perturbations émotionnelles survenant au cours d'une période d'adaptation d'un changement existentiel important ou d'un événement stressant (en lien avec un conflit familial important). La prédisposition et la vulnérabilité individuelle jouaient un rôle plus important dans la survenue du trouble de l'adaptation et de sa symptomatologie, et ses manifestations étaient variables. Ledit trouble ne représentait pas une maladie psychiatrique chronique ni invalidante. Ainsi, l'assuré ne présentait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Les médecins ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était de 70% dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée.

15. Dans son avis du 8 février 2005, le SMR a fait siennes les conclusions dudit rapport.

16. Par décision du 31 mars 2005, l'OAI, se référant au rapport précité, a rejeté la demande de prestations du 22 octobre 2002.

17. Du 3 avril au 3 mai 2006, l'assuré a effectué un stage à temps partiel à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où il a été amené à transférer des dossiers pour les archiver en position debout et à démonter des appareils électriques et électroniques en positions alternées. L'assuré se plaignait de fourmillements dans la jambe gauche. Il ne pouvait rester immobile trop longtemps. Il avait tendance à « se bloquer » le bras gauche lorsqu'il l'utilisait en force au travail répété au-dessus de l'épaule. La tenue d'une petite épicerie ou d'un tabac-journaux correspondrait

au profil de l'assuré (cf. rapport d'observation des HUG du 13 juin 2006). !endif>![if> 18. Le 27 juin 2006, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, qui a donné lieu à un refus d'entrer en matière le 8 décembre 2006, l'assuré n'ayant fourni aucun élément médical nouveau. !endif>![if> 19. Le 21 décembre 2011, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations, invoquant des lombalgies aiguës et une dépression grave. !endif>![if> 20. Dans son rapport du 16 janvier 2012, le Dr F_____ a retenu des lombalgies chroniques sur protrusions discales L4-L5 et L5-S1, des cervicalgies chroniques (sur C5-C6) et un état dépressif. Le patient présentait de la fatigue, des insomnies, des douleurs lombaires (surtout en position assise), des vertiges accompagnés de céphalées et de cervicalgies fortes, il manquait de concentration et était inapte à effectuer un travail physique. En cas d'aggravation des cervicalgies, il convenait de prévoir une imagerie par résonance magnétique (IRM) et une consultation en neurochirurgie. !endif>![if> 21. Dans son rapport du 20 janvier 2012, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que l'assuré le consultait depuis le 10 octobre 2011, de manière irrégulière ; il ne l'avait vu que trois fois. Le patient ne suivait pas de prescription médicamenteuse. Il se montrait peu compliant et peu collaborant. Son projet de consultation chez ce spécialiste n'était pas clair. Il souffrait d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Le diagnostic psychiatrique était léger (humeur déprimée, perturbation du sommeil, manque de concentration et fatigabilité). L'assuré était capable de travailler à plein temps, dans une activité adaptée. !endif>![if> 22. Selon l'avis SMR du 27 janvier 2012, qui se fondait sur les deux rapports précités, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. !endif>![if> 23. Dans son rapport du 23 janvier 2012, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie et en médecine interne, a posé les diagnostics suivants : des hernies discales cervicales et lombaires étagées, provoquant un syndrome algique important, la maladie de Basedow avec suspicion de cancer thyroïdien, et un état dépressif sévère. Les douleurs somatiques et l'état dépressif s'étaient aggravés. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Le pronostic était réservé en raison des atteintes discales multiples et sévères, ainsi que de l'état dépressif sévère. !endif>![if> 24. Par décision du 16 mars 2012, confirmant son projet de décision du 8 février 2012, l'OAI, se basant sur le rapport du SMR, a conclu à une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Comparant le salaire que réaliserait l'assuré, en 2010, dans sa dernière activité à celui qu'il pourrait tirer d'une activité adaptée, l'OAI a constaté que le second était supérieur au premier, de sorte que le degré d'invalidité était inférieur à 40%, ce qui excluait le droit à une rente. !endif>![if> 25. Par acte du 30 avril 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant principalement à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de cette procédure, les pièces suivantes ont été versées au dossier : !endif>![if> - dans son avis du 11 mai 2012, le SMR a relevé que le rapport de la Dresse M_____ ne justifiait l'aggravation de l'état de santé de son patient par aucun argument médical. L'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle avait déjà été prise en compte ; !endif>![if> - à la demande de la chambre des assurances sociales, la Dresse M_____ a précisé, par courrier du 31 août 2012, que l'assuré avait souffert de la maladie de Basedow, mais était en rémission depuis fin 2011, avec un risque de récurrence important dans les mois ou années à venir. Le patient avait refusé une intervention chirurgicale relative à la suspicion de cancer de la thyroïde. Il ne prenait pas de traitement pour ces deux maladies, qui n'influençaient pas sa capacité de travail. En revanche, l'assuré présentait clairement un état dépressif sévère, « en partie en relation avec ses maladies thyroïdiennes, et notamment la

crainte d'avoir un cancer thyroïdien ». L'état dépressif entraînait certainement une réduction de sa capacité de travail ; [endif]>[if> - selon une attestation des HUG du 9 octobre 2012, l'assuré était en investigation pour un problème thyroïdien ; [endif]>[if> - à la demande de la chambre des assurances sociales, par courrier du 15 octobre 2012, le Dr L_____ a répondu que l'état psychique de son patient ne s'était pas modifié depuis le 20 janvier 2012; à fin mars 2012, celui-ci présentait des symptomatologies anxio-dépressives d'intensité légère à moyenne ; et[endif]>[if> - dans son avis du 23 octobre 2012, le SMR a noté que sa détermination antérieure demeurait valable. [endif]>[if> 26. Par arrêt du 10 décembre 2012 (ATAS/1475/2012), la chambre des assurances sociales a rejeté le recours, au motif que sur le plan somatique, les diagnostics posés par les Drs F_____ et M_____ en 2012, soit des lombalgies chroniques sur protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et des cervicalgies chroniques sur C5-C6, respectivement, des hernies discales et des lombalgies étagées provoquant un syndrome algique important, ne constituaient pas de nouvelles affections. Celles-ci avaient déjà été constatées dans l'expertise bi-disciplinaire en 2005, ainsi que par les médecins traitants en 2003. Aucun élément nouveau ne venait modifier les limitations fonctionnelles déjà constatées en 2005, à savoir le fait d'éviter des positions en rotation ou en extension maximale de la colonne cervicale, des positions statiques prolongées debout ou en porte-à-faux, ainsi que le port de charges. Le stage effectué à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 3 avril au 3 mai 2006 n'avait fait que confirmer ces limitations; il n'en avait pas mis d'autres en exergue. Sur le plan psychique, aucune aggravation n'était survenue depuis l'examen de 2005, qui retenait un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites. En 2012, le psychiatre-traitant, le Dr L_____, avait qualifié le diagnostic de léger, n'influençant pas la capacité de travail, et il n'y avait pas lieu de se référer aux conclusions des Drs F_____ et M_____ à cet égard, ceux-ci n'étant pas psychiatres. Ainsi, le degré de gravité de cet état n'atteignait pas celui requis pour admettre que par sa gravité, son acuité et sa durée, il influait sur la capacité de travail. Enfin, le diagnostic de maladie de Basedow et la suspicion de cancer thyroïdien constituaient de nouvelles affections. La Dresse M_____ avait cependant spécifié qu'elles n'influençaient pas la capacité de travail. L'assuré avait refusé une intervention chirurgicale à but diagnostique et thérapeutique. Depuis fin 2011, il était en rémission, mais présentait un risque de récurrence important. Dans la mesure où ces affections, bien que nouvelles, n'avaient pas entraîné de diminution de la capacité de travail, elles n'étaient pas de nature à justifier une réévaluation de l'invalidité du recourant. [endif]>[if> L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt. 27. Dans son rapport du 7 septembre 2015, adressé à l'OAI, le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) depuis 2004, troubles ostéo-articulaires depuis 1994, s'aggravant jusqu'à nos jours ». Le médecin a noté une baisse de l'élan vital, une adynamie, une aboulie, une anhédonie, ainsi que de la fatigue. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. [endif]>[if> 28. Par courrier du 1 er octobre 2015, l'OAI a informé le Dr N_____, qu'en l'absence de procuration le désignant comme mandataire, il n'était pas autorisé à faire valoir les droits de l'assuré au regard des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). [endif]>[if> 29. Le 15 décembre 2015, l'assuré a alors déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant un trouble de l'humeur (dépression) réactionnel à ses troubles physiques et à l'incapacité de travail invalidante. Les troubles dégénératifs de la colonne lombaire étaient dus à son activité pénible : il avait porté des sacs lourds de farine pendant cinq ans.

30. Dans son rapport du 27 janvier 2016, la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, depuis 2004 (F33.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et de troubles ostéo-articulaires depuis 1994, s'aggravant jusqu'à ce jour. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient le status-post thyroïdectomie partielle (nodules), et l'hypoacousie à l'oreille gauche. Sa compagne l'avait quitté, il se sentait abandonné et rejeté. Il se disputait souvent avec son fils. Il se sentait trahi et déshonoré ; sa fille avait emménagé avec un garçon le 30 novembre 2015 sans le consentement des parents. Il avait honte et n'osait pas annoncer cet événement aux membres de sa famille. Il s'inquiétait pour l'avenir de ses enfants, et imaginait des scénarios catastrophes. Il souffrait d'une solitude profonde. Il s'était mis à boire, il culpabilisait et était enfermé dans un cercle vicieux. La praticienne a listé les restrictions suivantes : difficulté de la concentration et de l'attention, troubles de la mémoire, ralentissement psychomoteur, difficulté à prendre des initiatives et des décisions, fatigue persistante, baisse de l'élan vital, adynamie, aboulie, anhédonie, ruminations morbides, retrait social, problèmes physiques, crises d'angoisse, état dépressif avec des idées suicidaires (défenestration). La capacité de travail était nulle dans toute activité.

31. Dans son avis du 2 février 2016, le SMR a considéré que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux objectifs. Le poids des éléments socio-économiques semblait contribuer fortement à l'incapacité de travail totale relevée par la psychiatre, qui avait procédé à une appréciation différente d'un même état de fait.

32. Dans un projet de décision du 8 février 2016, l'OAI, se basant sur l'avis précité, a refusé d'entrer en matière.

33. Par pli du 3 mars 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision. Il a joint un rapport du 4 mars 2016 du Dr F_____, lequel posait les diagnostics suivants : état dépressif réactionnel suite à un divorce douloureux, lombosciatalgie gauche, troubles statiques de la colonne et discopathies étagées au niveau L4-L5 et L5-S1, et hyperthyroïdie. Le médecin avait constaté depuis un an environ une péjoration importante de son état psychique, une augmentation de douleurs lombaires, et dans la jambe gauche.

34. Lors d'un entretien téléphonique le 6 avril 2016, le Dr F_____ a indiqué au gestionnaire du dossier que l'état de santé psychique de l'assuré s'aggravait. La biopsie de la thyroïde était mauvaise et l'assuré devait se faire opérer, ce qui angoissait davantage ce dernier (cf. note de l'OAI du 6 avril 2016).

35. Dans son rapport du 11 avril 2016, la Dresse M_____ a noté que l'assuré la consultait régulièrement depuis 2008 en raison de la maladie de Basedow multi-récurrente, ayant nécessité un traitement médicamenteux puis un traitement par radio-iode, et du carcinome papillaire thyroïdien découvert en 2011, traité par une hémithyroïdectomie gauche, lequel présentait un risque de récurrence non négligeable.

36. Par avis du 28 avril 2016, le SMR a estimé que les éléments médicaux ne modifiaient pas son appréciation précédente.

37. Par décision du 2 mai 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.

38. Par pli du 24 mai 2016, l'assuré a recouru contre cette décision, et sollicité de la chambre des assurances sociales un délai supplémentaire pour compléter son écriture, arguant qu'il était encore dans l'attente d'une réponse de l'assistance juridique.

39. Par décision du 23 juin 2016, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

40. Dans un complément de recours du 15 août 2016, l'assuré a, sous la plume de son conseil commis d'office, conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, principalement, à l'annulation de la décision querellée, et à l'octroi d'une

rente entière, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour le calcul du montant de sa rente. [!] Sur le fond, il a fait valoir, s'appuyant sur les rapports de ses médecins traitants, que son état de santé s'était péjoré depuis la dernière décision de refus, si bien qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle appréciation d'une même situation. Lesdits rapports traitaient tant les facteurs socio-culturels – puisqu'ils faisaient partie de son parcours sur une période de trente ans – que les éléments médicaux objectifs. La précédente expertise datait de plus de dix ans, de sorte qu'une nouvelle expertise bi-disciplinaire s'imposait en vue de clarifier les affections engendrant ses limitations fonctionnelles. 41. Dans sa réponse du 15 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il ne lui appartenait pas de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, puisqu'il incombait à l'assuré de fournir les éléments médicaux pertinents, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Les rapports produits ne se prononçaient pas sur les limitations fonctionnelles. Le mandat qui lie un médecin traitant et son patient pouvait probablement expliquer l'appréciation actuelle divergente sur l'incapacité de travail dans toute activité.

[!] 42. Dans des observations du 12 octobre 2016, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a versé au dossier des rapports émanant de deux psychiatres, lesquels retenaient un diagnostic sévère entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité, ce qui justifiait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Si l'OAI n'était pas convaincu de l'aggravation de l'état de santé, il aurait dû instruire la cause. [!] 43. Copie de cette écriture a été communiquée à l'OAI le 13 octobre 2016. [!] EN DROIT

1. a. 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), 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA), le présent recours a été interjeté en temps utile. Enfin, touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable, à l'exception des conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente, puisque dans sa décision litigieuse, l'intimé a uniquement refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral I.607/04 du 6 décembre 2005 consid.

1). 2. Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier si celui-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision pertinente. [!]

3. a. En vertu de l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, en sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RAI - RS 831.201), 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.![endif]>![if> 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 rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et I.716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt du Tribunal fédéral I.269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n. 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure. b. 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). À 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. 3 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). c. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a et 133 V 108 consid. 5.4). 4. 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 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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) - 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). 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 (cf. ATAS/747/2016 du 21 septembre 2016 consid. 4c et les références). En fin de compte, 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I.52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 5. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 6. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). c. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 7. En l'espèce, il convient de déterminer si le recourant, au moment de la décision litigieuse du 2

mai 2016, a établi de façon plausible que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision du 16 mars 2012, rejetant une demande de prestations, laquelle a été confirmée par la chambre de céans par arrêt du 10 décembre 2012 (ATAS/1475/2012), entré en force.

8. a. En 2012, les diagnostics retenus sur le plan somatique étaient des lombalgies chroniques sur protrusions discales étagées L4-L5 et L5-S1, des cervicalgies chroniques sur C5-C6 (rapports du Dr F_____ du 16 janvier 2012 et de la Dresse M_____ du 23 janvier 2012), la maladie de Basedow et la suspicion de cancer thyroïdien (rapport de la Dresse M_____ du 23 janvier 2012). Les symptômes en résultant étaient la fatigue, des insomnies, des douleurs lombaires, des vertiges, des céphalées et des cervicalgies fortes (rapport du Dr F_____ du 16 janvier 2012).

Les atteintes du rachis localisées à gauche, survenues depuis 1994, avaient déjà été constatées lors d'une expertise bi-disciplinaire en 2005, consécutive à une demande de prestations formée en octobre 2002, laquelle concluait qu'en dépit de ces pathologies, le recourant présentait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Depuis fin 2011, la maladie de Basedow était en rémission, mais présentait un risque de récurrence important. Le recourant avait refusé une opération chirurgicale relative à la suspicion de cancer thyroïdien. Ces deux maladies n'influençaient cependant pas la capacité de travail (courrier de la Dresse M_____ du 31 août 2012). Sur le plan psychique, le recourant souffrait d'un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (rapport du Dr L_____ du 20 janvier 2012), diagnostic, qualifié de léger, ou d'intensité légère à moyenne par ce psychiatre, sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Ce diagnostic, survenu suite à un conflit familial difficile (rapports du Dr E_____ du 6 juin 2000, du Dr F_____ du 22 octobre 2002, du Dr H_____ du 1 er septembre 2003), a également été signalé lors de l'expertise bi-disciplinaire de 2005, et considéré à cette occasion comme n'étant pas invalidant. Les symptômes manifestés étaient : une insomnie chronique, un isolement (rapport du Dr F_____ du 22 octobre 2002), la soliloquie, un accès de colère, la rage, des idées de suicide, un sentiment d'infériorité et d'incompétence, une anhédonie, la dysphorie, un sommeil désorganisé (rapport du Dr H_____ du 1 er septembre 2003), une humeur déprimée, la perturbation du sommeil, un manque de concentration, et la fatigabilité (rapport du Dr L_____ du 20 janvier 2012).

b. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, ayant conduit au prononcé de la décision litigieuse du 2 mai 2016, le recourant a produit les rapports des Drs N_____ du 7 septembre 2015, O_____ du 27 janvier 2016, F_____ du 4 mars 2016, et M_____ du 11 avril 2016. D'un point de vue somatique, le Dr F_____ relève une lombosciatalgie gauche, des troubles statiques de la colonne, des discopathies étagées au niveau L4-L5 et L5-S1, et une hyperthyroïdie. La Dresse M_____, quant à elle, a uniquement spécifié que le recourant la consultait régulièrement depuis 2008 en raison de la maladie de Basedow mutli-récurrente, et du carcinome papillaire thyroïdien découvert en 2011, lequel présentait un risque de récurrence non négligeable. Force est de constater que ces deux praticiens ne font pas état d'affections nouvelles, pas plus qu'ils ne mentionnent une aggravation, depuis la décision du 16 mars 2012, des pathologies déjà connues. En particulier, le Dr F_____ se borne à indiquer qu'il a constaté depuis un an une augmentation des douleurs lombaires, ainsi que dans la jambe gauche, et que la biopsie de la thyroïde était mauvaise, de sorte que le recourant devait se faire opérer (note de l'OAI du 6 avril 2016). Son appréciation n'est toutefois étayée par aucun examen radiologique, scanner, voire IRM permettant de comprendre les raisons pour lesquelles les douleurs du rachis et dans la jambe gauche se seraient accentuées, étant précisé que les douleurs à la

cuisse gauche étaient préexistantes (cf. rapports du Dr C_____ du 16 septembre 1999, du Dr E_____ du 6 juin 2000). À cet égard, on relèvera qu'il n'est pas contesté que le recourant souffre. Toutefois, les affections avancées ont déjà été estimées non incapacitantes au sens de l'AI, et le Dr F_____ n'apporte pas d'éléments susceptibles de constituer des indices que, depuis 2012, ces affections auraient pris une ampleur désormais telle qu'elles seraient incapacitantes. S'agissant de la pathologie thyroïdienne, dans son rapport du 11 avril 2016, postérieur à l'entretien téléphonique du Dr F_____ avec l'OAI le 6 avril 2016, la Dresse M_____ n'a pas mis en exergue que le recourant allait subir une intervention chirurgicale. Sur le plan psychique, le Dr N_____ pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, qui remonte à 2004, c'est-à-dire qui correspond à une atteinte préexistante. La Dresse O_____ retient également ce diagnostic, sans symptômes psychotiques, et ajoute un syndrome douloureux somatoforme persistant. Quand bien même le syndrome douloureux somatoforme persistant, contrairement au trouble dépressif, qui existe en réalité depuis 2000-2001 (rapports du Dr E_____ du 6 juin 2000, du Dr F_____ du 9 décembre 2002), semble être une nouvelle atteinte, il ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, dans l'anamnèse, la Dresse O_____ met en évidence, pour l'essentiel, que les symptômes psychiques trouvent leur explication dans le conflit familial (ce qui a déjà été pris en compte en 2012), notamment dans les facteurs socioculturels (le recourant se sentait déshonoré ; sa fille avait emménagé le 30 novembre 2015 avec un garçon sans son consentement, il avait honte, n'osait pas annoncer ce fait aux membres de sa famille, et souffrait d'une solitude profonde). Les symptômes que ces deux psychiatres mentionnent (soit baisse de l'élan vital, adynamie, aboulie, anhédonie, fatigue, difficulté de la concentration et de l'attention, troubles de la mémoire, ralentissement psychomoteur, difficulté à prendre des initiatives et des décisions, ruminations morbides, retrait social, crises d'angoisse, idées suicidaires) sont semblables à ceux relevés auparavant (soit soliloque, accès de colère, rage, idées de suicide, sentiment d'infériorité et d'incompétence, anhédonie, dysphorie, sommeil désorganisé (rapport du Dr H_____ du 1^{er} septembre 2003), humeur déprimée, perturbation du sommeil, manque de concentration, et fatigabilité (rapport du Dr L_____ du 20 janvier 2012). Force est ainsi de constater que l'état psychique du recourant ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision rejetant sa demande de prestations. c. Sur le vu de ce qui précède, les nouveaux documents médicaux ne rendent pas plausibles que les conditions de fait se seraient modifiées depuis la décision du 16 mars 2012. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière. 9. Le présent recours sera donc rejeté. 10. La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 11. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 89H al. 3 LPA a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.