

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/444/2019

ATAS/36/2020

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

**Arrêt du 23 janvier 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHÂTELAINE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1957, de nationalité irakienne, ingénieur en génie civil de formation, est arrivé en Suisse en 1998, où il a obtenu l'asile politique. Titulaire d'un permis de séjour N, l'assuré n'a pas pu exercer d'activité professionnelle. En mai 2003, il a été mis au bénéfice d'un permis C et s'est inscrit au chômage en date du 30 juin 2003, alors qu'il était à la recherche d'un emploi en tant qu'ingénieur en génie civil à temps partiel.
2. Suite à une chute sur la région de l'épaule droite et sur la région thoracique, l'assuré s'est plaint de douleurs à l'hémicorps droit et a consulté le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, lequel a constaté que l'assuré présentait une scoliose évidente avec rotation des corps vertébraux, dans un rapport du 26 mai 2001.
3. Le 19 septembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de dorsalgies chroniques.
4. En date du 30 septembre 2004, le docteur C\_\_\_\_\_, à l'époque chef de clinique adjoint auprès du Service de rééducation des HUG, a établi un rapport adressé à l'OAI, dans lequel il a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une dysesthésie de l'hémicorps droit avec dorsalgies liées à une scoliose qui aurait été accentuée au niveau de la 7<sup>ème</sup> vertèbre dorsale, suite à une chute environ quatre ans auparavant. Une importante scoliose dorsolombaire était en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. Il estimait l'activité exercée jusqu'à présent encore exigible, sans diminution de rendement. La position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'inclinaison du buste, la position accroupie, l'utilisation des deux bras, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, le travail en hauteur, ainsi que les déplacements sur sols irréguliers ou en pente étaient à proscrire. Enfin, selon ce médecin, un examen complémentaire était nécessaire.
5. À la demande de l'OAI, l'assuré a expliqué, par courrier du 7 janvier 2005, que les douleurs avaient commencé suite à un accident qui avait eu lieu en 1998.
6. Dans un rapport du 17 mars 2005 adressé à l'OAI, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré du 14 janvier 2002 au 17 décembre 2002, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux avec douleurs de l'hémicorps droit, ainsi qu'une désinsertion socioculturelle. Il a également mentionné une dysfonction D7 droite. Selon le praticien, il n'y avait aucune incapacité de travail et l'assuré ne présentait pas d'atteinte fonctionnelle majeure. Il a toutefois relevé les limitations fonctionnelles suivantes : adopter la même position du corps pendant longtemps, les positions à genoux et accroupi, l'inclinaison du buste, lever, porter ou déplacer des charges et le travail en hauteur ou sur une échelle. Les mouvements occasionnels des membres ou du dos étaient

tolérés. Il s'agissait par contre d'évaluer la capacité de travail de son patient sur le plan psychiatrique, celui-ci présentant un problème de fixation sur le symptôme avec état anxieux.

7. L'OAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'intéressé et a mandaté à cet effet le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 29 août 2005, l'expert a exposé avoir examiné l'assuré en date des 16 et 25 août 2005. Au status clinique, il a relevé que l'assuré n'avait pas de problèmes mnésiques, ni de problèmes de cognition. Il était bien orienté dans le temps et dans l'espace, il parlait mal le français et son vocabulaire était peu étendu. Durant les entretiens, il n'avait pas présenté d'hallucinations auditives, visuelles ou sensorielles ni de délires ou de troubles psychosensoriels. L'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité, ni de trouble somatoforme. Il en concluait que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble psychique et qu'il n'était pas de son ressort d'évaluer la problématique physique de l'assuré. La capacité de travail du point de vue psychique était totale.

8. Par décision du 11 novembre 2005, confirmée par décision sur opposition du 27 avril 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que son activité habituelle était raisonnablement exigible.

9. Le 26 mai 2006, l'assuré a interjeté recours (A/1910/2006) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS), devenu depuis lors la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à la mise en œuvre de mesures d'instructions portant sur son état physique et psychique, ainsi qu'à l'octroi de prestations.

L'assuré a notamment communiqué au TCAS la copie d'un rapport établi le 14 septembre 2006 par la doctresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il suivait une psychothérapie chez elle depuis le 3 août 2006 à raison d'une séance par semaine et qu'il souffrait manifestement d'un état de stress post-traumatique chronique de survenue différée. La praticienne expliquait que le recourant, extrêmement pudique, avait nié en bloc toute souffrance psychique lors de l'expertise réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_, ce d'autant qu'il ne parlait pas bien le français et ne disposait pas d'un interprète.

10. L'OAI ne s'opposant pas à un complément d'expertise psychiatrique, le TCAS a notamment chargé le Dr E\_\_\_\_\_ de déterminer si le recourant présentait un état de stress post-traumatique, le cas échéant depuis quand et quelle en était la cause.

11. Le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son complément d'expertise psychiatrique en date du 10 octobre 2007. Il a exposé avoir examiné l'assuré en date des 23 et 29 août 2007, en présence d'un traducteur. Dans son rapport, l'expert a retenu comme diagnostics un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif d'intensité moyenne. Il a relevé à l'anamnèse que l'assuré avait été emprisonné durant deux semaines en Irak en 1991, car il avait refusé de s'engager dans la guerre contre le Koweït. Durant

cette incarcération, il aurait reçu des coups de crosse de fusil dans le dos. Au status clinique, il présentait des reviviscences répétées des événements traumatiques (violences commises par son père, événements vécus dans la guerre Iran-Irak) dans des souvenirs envahissants (flash-back, rêves ou cauchemars). L'expert évitait des activités ou des situations pouvant réveiller les souvenirs des traumatismes, comme par exemple des images télévisuelles ou relatées par la presse écrite concernant l'invasion de l'Irak. Il disait avoir peur et évitait des stimuli associés aux traumatismes et déclarait que l'exposition des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale pouvait déclencher une crise d'angoisse ou une réaction agressive. Il avait également indiqué souffrir habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hyper vigilance, état de "qui-vive" et insomnies, ainsi que d'une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, rarement d'idées suicidaires et d'une perturbation du sommeil. Dans l'appréciation du cas et pronostics, l'expert a indiqué que les troubles psychiques que présentait l'assuré étaient dus essentiellement au fait qu'il n'avait pas pu retrouver un travail correspondant à ses qualifications et que son statut social, professionnel et familial avait été totalement bouleversé par sa venue en Suisse. Lorsqu'il était inscrit au chômage, l'expert avait pu suivre avec succès plusieurs cours, sur Word et Excel, à l'IFAGE, ainsi qu'un cours d'Autocad jusqu'au 10 novembre 2004, ce qui avait nécessité des capacités de concentration et d'attention importantes, ainsi qu'une estime de soi et une confiance en soi pas trop altérées. L'expert a donc conclu qu'en 2003, l'assuré avait une capacité de travail intacte. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, il était présent depuis la guerre Iran-Irak en 1979, l'état était chronique et de gravité moyenne. Dans le cas de l'assuré, la pathologie n'avait pas été aggravée significativement par le stress post-traumatique qui avait une influence minime sur la capacité de travail de l'expert dans le circuit normal. Ledit état avait pu être bien supporté, car le patient avait pu garder sa place au sein de sa famille, sa fonctionnalité professionnelle et son statut social. C'est la perte de ces fonctions qui avait entraîné la situation actuelle.

12. Le 7 novembre 2007, l'assuré a encore produit deux rapports de la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établis les 17 février 2006 et le 2 novembre 2007. Selon le rapport du 17 février 2006, consécutif à un examen de sa colonne dorsale (D6-D8), une importante discopathie D8-D9, une arthrose facettaire au niveau D8-D9, plus importante à droite, avec un rétrécissement modéré du canal de conjugaison du côté droit, ainsi que des spondyloses dorsales étagées, avaient été constatées.
13. Dans un complément du 25 mars 2008, l'expert a relevé que du point de vue de la médecine des assurances, la capacité de travail de l'assuré était totale. Il a expliqué que le trouble psychique dont souffrait le recourant correspondait à une réaction

psychologique à des circonstances adverses. Il ne souffrait pas d'un trouble qui aurait pu altérer ses capacités d'adaptation.

14. Par arrêt du 29 avril 2009 (ATAS/490/2009), le TCAS a considéré que les rapports médicaux produits par l'assuré ne lui permettaient pas de se déterminer en toute connaissance de cause. Il en était de même de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, au vu de la manière dont cet expert avait retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif d'intensité moyenne. Le TCAS a dès lors partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique.
15. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a sollicité des rapports médicaux récents des médecins traitants de l'assuré.
16. Dans un rapport intermédiaire daté du 8 septembre 2009, les Drs C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, respectivement médecin traitant et médecin répondant au sein de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, ont précisé que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré depuis 2007, en raison de l'aggravation de la douleur rachidienne de l'hémicorps droit. Les différents examens paracliniques montraient une spondylose droite du rachis étagée. Les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée devaient être testées en situation. Des troubles de la concentration et de la mémoire (stress) avaient également été constatés.
17. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il a indiqué à l'OAI, en date du 9 septembre 2009, qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis décembre 2002.
18. Conformément à l'arrêt du TCAS, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise médicale effectuée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 1<sup>er</sup> au 4 mars 2010.

À teneur du rapport du 30 mars 2010, l'expertise comprenait plusieurs volets : un examen clinique le 2 mars 2010, une expertise orthopédique le 1<sup>er</sup> mars 2010, une expertise psychiatrique le 4 mars 2010, une expertise neurologique le 3 mars 2010 et une évaluation en atelier, qui s'est déroulée sur trois jours, soit du 1<sup>er</sup> au 3 mars 2010, à raison d'une à six heures par jour.

Les conclusions du rapport d'expertise du 30 mars 2010 se basaient sur une anamnèse et un examen clinique du 2 mars 2010 établi par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, une expertise orthopédique du 1<sup>er</sup> mars 2010, effectuée par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, une expertise psychiatrique du 3 mars 2010, effectuée par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, une expertise neurologique du 3 mars 2010, établie par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et une évaluation en atelier professionnel établie par Monsieur M\_\_\_\_\_. Pour le surplus, les conclusions se fondaient également sur les dossiers mis à disposition.

Les médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles statiques rachidiens (M29.8) avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire (M41.95), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : maladie de Forestier (M35.3) (hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystérisforme) (F 45.4).

Le rapport contenait un résumé du dossier médical du patient, la retranscription des données fournies par l'assuré, assisté d'un traducteur, en particulier ses plaintes actuelles : très grande fatigue, douleurs prédominantes sur l'hémicorps droit, manque d'énergie, douleurs dans l'hémicorps droit, en premier lieu dans les régions cervico-dorsale et scapulaire droites, douleurs évaluées à 4 sur une échelle de 10, exacerbées par le stress et les efforts, l'obligeant ainsi à souvent changer de position, troubles du sommeil, céphalées intermittentes parfois accompagnées de nausées, sifflement de l'oreille droite survenu après une manipulation dorsale, problèmes visuels avec difficultés à se concentrer, vision trouble malgré une myopie appareillée, sentiment de tristesse et de dévalorisation suite aux problèmes physiques et psychiques ainsi qu'aux difficultés socio-économiques subséquentes. La médication alors administrée consistait en du Brufen 600mg en réserve, jusqu'à six comprimés par semaine environ.

L'examen de l'assuré a permis de mettre en évidence des troubles statiques avec une scoliose dorso-lombaire dextro-convexe compensée et un renversement du tronc. Une limitation de la mobilité du rachis cervical qui s'accompagnait de douleurs cervico-dorsales et scapulaires droites dans tous les mouvements ainsi qu'une limitation de la mobilité du rachis dorso-lombaire notamment au niveau dorsal ont été relevées. L'évaluation de la force était difficile en raison du lâchage. Les experts ont noté des incohérences avec notamment une discordance importante entre la distance doigts-sol en station debout et la distance doigts-orteils en station assise, ainsi que d'importantes différences entre les mouvements effectués spontanément de façon aisée et les mouvements effectués de façon précautionneuse à la demande.

Le dossier radiologique, dont près d'une vingtaine de pièces ont été commentées, a en substance confirmé la présence de troubles statiques sous forme d'une scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire et une attitude scoliotique vers la gauche de la région dorsale. Par ailleurs, les médecins ont constaté la présence d'ossifications ligamentaires antéro-latérales de la colonne dorsale moyenne et inférieure ayant légèrement progressé entre 1998 et 2009. Enfin, des troubles dégénératifs étagés cervico-dorso-lombaires au niveau discal et articulaire postérieur, ainsi que des troubles d'ostéochondrose au niveau de la colonne lombaire entre L2-L4, ont été mis en évidence.

L'examen neurologique était dans les limites normales. S'agissant des céphalées, elles avaient un caractère tensionnel et ne représentaient pas une limitation à la capacité de travail.

Sur le plan somatique, aucun argument ne permettait d'évoquer une aggravation d'origine traumatique des anomalies. Aux troubles statiques précités s'associaient des troubles dégénératifs étagés discrets du rachis et des anomalies d'hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier ou encore DISH).

Sur le plan rhumatologique et orthopédique, la symptomatologie dépassait largement ce qui pouvait être attendu en relation avec de telles anomalies.

Enfin, sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie significative n'a été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social, hormis la problématique professionnelle. Si l'expert-psychiatre avait, certes, mentionné un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger (F43.1), sans répercussion sur la capacité de travail, la discussion entre experts n'avait finalement pas permis de retenir ce diagnostic, les critères y relatifs n'étant pas réunis.

Les experts ont ainsi considéré que les travaux contraignants pour le rachis étaient contre-indiqués depuis 2003. Cela étant, dans une activité adaptée, évitant le port de charges au-delà de 10kg et permettant une alternance des positions, il n'y avait aucune limitation de la capacité de travail. Les experts considéraient plus particulièrement que l'activité d'ingénieur civil, ainsi que toute activité de bureau, paraissaient totalement adaptées.

Étaient joints au rapport principal, ceux plus détaillés des expertises neurologique, orthopédique et psychiatrique, ainsi que l'évaluation en atelier professionnel.

Lors de l'évaluation en atelier professionnel, l'assuré a été amené à effectuer les tâches suivantes :

- Mise sous pli du courrier (période d'observation d'une heure) : en une heure, le recourant a préparé 48 enveloppes, la moyenne étant de 100. Il a dès lors présenté un rendement de 32% d'une qualité jugée suffisante. L'activité a été réalisée en position assise, en intégrant les deux membres supérieurs dans la tâche. Aucune douleur n'a été constatée.
- Démontage d'une imprimante : l'assuré a renoncé à démonter une imprimante, préférant les concevoir et non les détruire.
- Test des inventaires (période d'observation d'une heure) : l'assuré s'est déplacé dans l'atelier de façon aisée sur sol plat et dans les escaliers. Il a travaillé en position debout de façon aisée également. Dans cette position, il a pu prendre des notes sur un bloc de façon aisée. Les explications ont dû être données à plusieurs reprises, l'autonomie de l'assurée étant médiocre.
- Travaux de bureau à l'ordinateur (période d'observation d'une heure) consistant à mettre au propre ses libellés d'inventaire. Après une heure, l'assuré avait créé un tableau avec les libellés de colonnes et n'y avait écrit qu'une seule ligne.

- 
- Brochage de documents : en 45 minutes, l'assuré a perforé et broché cinq dossiers papier. Une fois fini, il a patiemment attendu sur sa chaise sans prendre d'initiative.
  - Gravage de plaquettes (période d'observation de 1h45) : l'assuré a présenté des difficultés au gravage des plaquettes, la compréhension du fonctionnement de la machine et la qualité du travail pouvant être qualifiées de médiocres malgré les compléments d'information.
  - Création de dossier (période d'observation de 1h30) : le rendement était de 75% et la qualité bonne. Il a uniquement travaillé en position assise, intégrant les deux membres supérieurs dans l'activité. À la fin, il s'est plaint de multiples douleurs diffuses, de fatigue et de maux de dos.

L'évaluation dans les ateliers professionnels a permis de constater que l'assuré n'avait que très partiellement collaboré aux activités proposées et n'avait fait que peu d'efforts pour appliquer les consignes. Le rendement était globalement faible et la qualité du travail conditionnée avant tout par l'intérêt qu'il portait à la tâche. Monsieur M\_\_\_\_\_ a notamment relevé que l'assuré avait modérément collaboré à la mesure et n'avait fait aucun effort pour appliquer les consignes, malgré un discernement intact, lui permettant de comprendre les consignes et de s'y soumettre. À aucun moment, l'assuré n'a semblé nourrir d'intérêt pour les activités proposées ou pour répondre aux attentes de l'investigateur qui a, par conséquent, considéré que des facteurs non lésionnels, et plus particulièrement des facteurs comportementaux, constituaient un obstacle au retour à une activité professionnelle.

19. Par avis du 22 juin 2010, le SMR, sous la plume du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré qu'il n'y avait pas de changement depuis le rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2005, dans lequel une capacité de travail de 100% était reconnue tant dans l'activité habituelle d'ingénieur que dans une activité adaptée.
20. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du 30 mars 2010 et sur l'avis médical du SMR du 22 juin 2010, l'OAI a soumis à l'assuré, en date du 15 juillet 2010, un projet de décision, par lequel la demande de prestations était rejetée.
21. Par courrier du 10 août 2010, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité et a transmis les documents suivants :
  - Le rapport de tomodensitométrie computerisée de la colonne lombaire, sacrée et du bassin du 24 novembre 2009, daté du même jour, mettant en évidence les atteintes suivantes : spondylose lombaire antérieure étagée avec calcification partielle du ligament longitudinal antérieur et herniation intra-spongieuse du plateau supérieur de L4, discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures, mais ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire ni foraminal ; ostéophytose au niveau des articulations sacro-iliaques de localisation antérieure avec kystes synoviaux intra-spongieux sous le versant iliaque gauche de localisation postérieure.



- Le rapport de tomodensitométrie axiale computerisée du rachis cervical et dorsal effectuée le 26 novembre 2009, daté du même jour, lors de laquelle les atteintes suivantes avaient été relevées : une discrète arthrose atlanto-axoïdienne, une cervicuncathrose en C3-C4, C4-C5 et moins prononcée en C5-C6 avec protrusion discale ostéophytaire en C3-C4, C4-C5 associée à une uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires en C3-C4 des deux côtés et d'une façon relative C4-C5 à gauche, une spondylose dorsale à prédominance antéro-latérale droite débutant de D4-D5 jusqu'à D10-D11 avec calcification discale à l'étage inférieur, pouvant entrer dans le cadre d'une maladie de Forestier (« DISH ») ;
22. Ces deux documents ont été soumis au SMR qui a relevé, dans un avis du 20 août 2010, que la CRR les avait déjà pris en considération dans son expertise du 30 mars 2010.
  23. Le 24 septembre 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 15 juillet 2010. Ayant été envoyée à la précédente adresse du Conseil du recourant, la décision précitée lui a été renvoyée le 4 octobre 2010.
  24. L'assuré a interjeté recours auprès du TCAS, alors compétent, en date du 3 novembre 2010, concluant avec suite de frais et dépens, à la jonction de la cause avec la procédure A/1910/2006 ayant conduit à l'arrêt du 29 avril 2009 (ATAS/490/2009), à la production de l'intégralité du dossier de l'OAI, à l'annulation de la décision du 24 septembre 2010, à l'admission de la demande de prestations du 24 septembre 2004 et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il contestait en substance le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 30 mars 2010, considérant que celle-ci minimisait l'importance de chaque diagnostic et des douleurs intenses et immobilisantes traitées depuis de nombreuses années par divers médecins. Il estimait notamment souffrir de plusieurs maladies, pour certaines reconnues comme invalidantes et en progression, dont les effets sur sa concentration et sa productivité avaient été soulevés par divers médecins. S'il n'avait, certes, jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse, cela n'avait pas influencé sa décision de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, c'était notamment suite aux recommandations de ses médecins traitants, qui avaient constaté qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'ingénieur en génie civil - qu'il convient de qualifier de légère, dès lors qu'elle est principalement effectuée dans un bureau et sans contact avec des poids excédant les 5kg - qu'il avait formulé une demande de prestations. Il estimait qu'une activité légère nécessitait de la concentration et de la capacité à travailler toute la journée ou au moins une partie de la journée, ce qu'il ne pouvait faire, aucun rapport médical n'indiquant d'ailleurs qu'il était capable de supporter une activité professionnelle, fût-elle à temps partiel. Il relevait enfin qu'à teneur du rapport d'évaluation en atelier professionnel, il avait effectué des tâches administratives avec très peu de rentabilité, ce qui était expliqué par des

motifs comportementaux en dépit des maladies, pouvant affecter son rendement, dont il souffrait.

25. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
26. Le 29 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
27. Le 29 mars 2011, la chambre de céans a demandé un complément d'information au Dr I\_\_\_\_\_. Il lui incombait notamment de déterminer dans quelle mesure les différents experts mandatés avaient examiné la problématique des troubles de la concentration et de la mémoire dont avaient fait état les Drs C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, dans leur rapport intermédiaire du 8 septembre 2009. Il s'agissait également de définir si l'existence de tels troubles était susceptible de modifier l'appréciation d'un maître d'atelier de la CRR quant aux obstacles au retour à une activité professionnelle.
28. Par courrier du 7 avril 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par la chambre de céans. Il a notamment indiqué que l'assuré avait été examiné par cinq spécialistes au cours de l'expertise et que trois des entretiens médicaux effectués l'avaient été en présence d'un traducteur et les autres en anglais, de sorte que l'assuré avait pu s'exprimer librement, comprendre les questions posées et y répondre. Une anamnèse détaillée avait été prise par les différents experts considérant que si l'assuré se plaignait de troubles visuels et de difficultés de concentration, ceux-ci ne l'avaient pas empêché de regarder les informations à la télévision, de tenir une correspondance, de lire les journaux et de travailler sur internet.

Sur le plan psychique, l'assuré n'avait relaté aucune plainte spontanée, lors du bilan réalisé par le Dr K\_\_\_\_\_. À l'anamnèse dirigée, il se montrait par contre beaucoup plus suggestible, ses plaintes concernant essentiellement sa problématique douloureuse. L'assuré verbalisait des troubles de la concentration lorsque les douleurs étaient fortes, de sorte qu'au vu de la symptomatologie peu précise - souvent verbalisée par les personnes présentant des syndromes somatoformes douloureux persistants - les experts n'avaient pas jugé nécessaire d'effectuer des investigations plus précises.

En l'absence de psychopathologie significative, il n'y avait pas lieu de penser que l'appréciation d'un maître d'atelier pouvait être modifiée, ce dernier ayant relevé que la collaboration de l'assuré variait en fonction de l'intérêt pour les activités proposées.

Le Dr I\_\_\_\_\_ joignait à son courrier, une lettre du recourant du 1<sup>er</sup> mars 2010 où son état de santé était décrit. Le recourant y indiquait souffrir de douleurs dorsales depuis 1990. En 1998, il avait fait une chute en glissant, à Genève, et ses douleurs avaient augmenté depuis lors. Il ne pouvait pas bouger facilement en raison de douleurs à la tête, aux mains et jambes, de même que dormir, de sorte qu'il prenait des antidouleurs prescrits par ses médecins qui avaient eu pour conséquence de

détériorer son foie. Il fallait en conclure qu'il n'y avait pas de médicament, ni d'opération susceptibles de diminuer ses douleurs qui avaient augmenté au vu de la situation dans son pays d'origine, des mauvaises nouvelles auxquelles il avait dû faire face et de son âge. Sur le plan professionnel, il n'avait pas pu travailler à son arrivée en Suisse, car il avait un permis N. Une fois au bénéficiaire d'un permis C, en 2003, il s'était inscrit au chômage et avait essayé de travailler en qualité d'ingénieur en génie civil, sans succès quant à ses recherches d'emploi. Il avait alors suivi des cours de perfectionnement, pour développer sa formation d'ingénieur.

29. Dans ses observations du 9 mai 2011, l'intimé a confirmé sa position, se référant à l'avis de la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin SMR, selon lequel les informations anamnestiques avaient été recueillies dans des conditions répondant aux critères de qualités attendues (notamment présence d'un interprète). En ce qui concernait les troubles de la concentration et de la mémoire observés, le Dr I\_\_\_\_\_ avait rappelé que la symptomatologie était évoquée à l'anamnèse dirigée seulement, qu'elle restait peu précise et concernait essentiellement la problématique douloureuse, chez un assuré dont la collaboration s'était montrée variable dans les activités de la CRR, en fonction de son intérêt. L'expert ne relevait d'ailleurs aucun argument en faveur d'une maladie psychopathologique, neurologique ou neuropsychologique qui nécessiterait une investigation plus poussée et/ou la reconnaissance d'une incapacité de travail, de sorte que les plaintes verbalisées par le recourant devaient être considérées comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux.
30. Le 13 mai 2011, le recourant a maintenu ses conclusions, considérant que le problème de troubles de la concentration et de la mémoire n'avait jamais été examiné par les experts dans le cadre de leur rapport du 30 mars 2010. Les constatations du Dr I\_\_\_\_\_ étaient d'ailleurs fragmentaires et reposaient sur des états de fait antérieurs, notamment l'effort intellectuel qu'avait fourni le recourant pour développer un projet de recherche sur l'énergie automobile en 2003. Or, un faisceau d'indices démontrait qu'il souffrait de divers problèmes de santé, mais qu'aucun problème, à lui seul, n'était suffisant pour comprendre son état, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner un complément d'expertise.
31. Par arrêt du 14 septembre 2011 (ATAS/858/2011), la chambre de céans a rejeté le recours, au motif que les conclusions que l'expertise de la CRR du 30 mars 2010 répondaient aux réquisits jurisprudentiels, que les experts avaient dressé des anamnèses détaillées de l'expertise sur la capacité de travail du recourant qui étaient corroborées par les troubles objectifs constatés et également par les observations faites en atelier professionnel. En ce qui concernait les troubles somatoformes douloureux, il ressortait des données médicales versées au dossier qu'aucune psychopathologie significative n'avait été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social.
32. En date du 21 septembre 2018, l'OAI a reçu une nouvelle demande de prestations AI de l'assuré, au motif d'atteintes à la santé : colonne axiale du rachis cervical,

dorsal, lombaire et sacrée, problèmes de prostate, épaule droite, genou droit, hypertension, diabète, problèmes des yeux. Sous le poste indiquant depuis quand l'atteinte existait, il était indiqué « 2003 » et en annexe était joint un certificat médical du 29 août 2018, établi par son médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin FMH en physique et réadaptation, qui était rédigé comme suit :

(l'assuré) « présente

*Une hypertrophie prostatique du CT du 19.06.2018.*

*Le volume de la glande prostatique est mesurée à 94 g. il était de 72 g. sur l'examen en 2011.*

*Le docteur W\_\_\_\_\_ a traité le patient pour une vessie de lutte, sans peu de réussite.*

*Le 21.09.2016 est réalisé un CT abdominal qui a retrouvé une stéatose hépatique.*

*Le Docteur Q\_\_\_\_\_, cardiologue, a traité Monsieur R\_\_\_\_\_ pour labilité tensionnelle hypertensive de stade I et vertiges positionnels traités par amlodipine chez un patient obèse.*

*Le Docteur S\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a traité également le patient pour vitré décollé avec volumineux corps flottant de l'œil droit (octobre 2017)*

*M. R\_\_\_\_\_ présente de multiples complications orthopédiques et rachidiennes :*

*Déchirure de « grade III » de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche.*

*En 2014, est retrouvé à l'IRM une rupture du sus-épineux suivi par les HUG, Docteur T\_\_\_\_\_.*

*Une maladie de type Forestier « DISH » avec à la tomodynamométrie axiale computerisée thoracique et dorsale du 29.09.2016, une spondylose lombaire antérieure étagée avec ossification du ligament longitudinal antérieure, une ectasie de l'aorte thoracique avec nodule pulmonaire est retrouvée.*

*L'IRM retrouve une dégénérescence discale de L2 à SI, hernie discale en L4 à L5 avec conflit L4 à droite, arthrose inter apophysaire postérieure étagée, spondylose dorsale antéro latérale débutante de D4-D5 jusqu'à D10-D11 avec calcifications discals.*

*Plus haut, cervicartrose discale de C3-C4-C5.*

*Ces examens paracliniques prouvent l'altération diversifiée de son état clinique.*

*M. R\_\_\_\_\_ présente des douleurs fonctionnelles, articulaires, avec blocage du rachis et douleurs étagées à point de départ dorsal sur scoliose avec irradiation cervicales du rachis avec amplitudes globalement diminués.*

*Il présente une obésité compliquée d'un diabète de type 2, avec constipation chronique.*

---

*Dernier traitement : (crestor, glucophage, sirdalud, amlodipine, adalat, condrosulf, duspatalin, allopur.)*

*Devant un tel dérèglement de l'état général sur fond dépressif chronique, il est conseillé à Monsieur R\_\_\_\_\_ de redemander l'AI ».*

33. En date du 2 novembre 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrée en matière, au motif que le Dr U\_\_\_\_\_, du SMR, avait considéré que le seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré était le trouble statique rachidien avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire, estimant par ailleurs que certaines atteintes étaient connues de longue date et avaient déjà fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire et que, par rapport aux éventuels diagnostics nouveaux, aucun d'entre eux n'avait une incidence sur la capacité de travail de l'assuré.
34. L'OAI a fixé un délai au 10 décembre 2018 afin que l'assuré soumette des éléments médicaux probants et circonstanciés attestant de l'aggravation ou de la modification durable de l'état de santé. L'assuré n'a pas transmis d'autre pièce dans le délai fixé par l'intimé.
35. Le 14 novembre 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ est intervenu auprès de l'OAI et a demandé au SMR de faire un examen médical de l'assuré afin de « considérer sa demande ».
36. L'OAI a rendu une décision de non entrée en matière, datée du 13 décembre 2018, fondée sur la motivation communiquée dans le projet de décision du 2 novembre 2018.
37. L'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 1<sup>er</sup> février 2019. Le recourant allègue que depuis le rejet de sa demande par la chambre de céans en date du 14 septembre 2011, son état de santé s'est, dans l'intervalle, largement péjoré. Outre ses maux de tête, il souffre de surdité de l'oreille droite et le volume de sa prostate aurait considérablement augmenté. Il annonce le dépôt ultérieur de documents médicaux qu'il n'a pas encore reçus, demande une expertise, et conclut à ce que la décision de l'intimé soit annulée et que sa demande de prestations du 21 septembre 2018 soit admise et qu'une rente invalidité entière lui soit octroyée.
38. Par courrier du 11 février 2019, l'intimé répond en rappelant la jurisprudence topique, notamment le fait que l'assuré doit rendre plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits et que la chambre de céans doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Par conséquent, l'OAI conclut au rejet du recours.
39. Le recourant a répliqué par courrier du 11 mars 2019 en joignant plusieurs certificats médicaux, soit celui du docteur V\_\_\_\_\_, médecin radiologue, daté du 1<sup>er</sup> mars 2019, celui du docteur W\_\_\_\_\_, urologue, non daté et celui du docteur X\_\_\_\_\_, neurologue, daté du 8 mars 2019. En annexe à un courrier postérieur du recourant du 29 avril 2019, était également joint un rapport d'examen

neuropsychologique du département des neurosciences cliniques des HUG, daté du 28 mars 2019, dans lequel les docteurs Y\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, observaient des troubles de la mémoire, de multiples anomalies de signal en substance blanche et concluaient, notamment, à un déficit des fonctions exécutives et attentionnelles avec d'importants ralentissements psychomoteurs, conseillaient une supervision des activités quotidiennes et déconseillaient la conduite de véhicule automobile.

40. Par duplique du 16 mai 2019, l'OAI a déclaré maintenir ses précédentes conclusions.

41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

Selon la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances (art. 38 LPGA) les délais fixés en jours ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement.

2. La décision querellée date du 13 décembre 2018 ; elle a été remise à l'office postal de distribution le 17 décembre 2018, mais n'a été retirée par le recourant qu'en date du 27 décembre 2018. Ce dernier a déposé son recours auprès de la Poste en date du 1<sup>er</sup> février 2019. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet

---

égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

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. 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

c. 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). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> 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. 2 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués.

d. L'examen du juge se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

e. 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 des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

4. En l'occurrence, se pose donc principalement la question de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse, soit le 13 décembre 2018, a rendu plausible une aggravation de son état de santé, survenue depuis le 24 septembre 2010, date à laquelle l'intimé avait rejeté une précédente demande de prestations après instruction médicale du cas.

À cette époque, l'intimé s'était fondé sur les résultats de l'expertise du CRR du 30 mars 2010, qui englobaient l'examen clinique du 2 mars 2010 établi par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, l'expertise orthopédique du 1<sup>er</sup> mars 2010, effectuée par le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'expertise psychiatrique du 3 mars 2010, effectuée par le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise neurologique du 3 mars 2010, établie par le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et une évaluation en atelier professionnel établie par M. M\_\_\_\_\_.

Les médecins avaient posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles statiques rachidiens (M29.8) avec scoliose dextroconvexe de la jonction dorso-lombaire (M41.95), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : maladie de Forestier (M35.3)



(hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystérisiforme) (F45.4).

L'examen de l'assuré avait permis de mettre en évidence des troubles statiques avec une scoliose dorso-lombaire dextro-convexe compensée et un renversement du tronc, une limitation de la mobilité du rachis cervical qui s'accompagnait de douleurs cervico-dorsales et scapulaires droites dans tous les mouvements, ainsi qu'une limitation de la mobilité du rachis dorso-lombaire notamment au niveau dorsal.

Le dossier radiologique confirmait la présence de troubles statiques sous forme d'une scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire et une attitude scoliotique vers la gauche de la région dorsale ainsi que des ossifications ligamentaires antéro-latérales de la colonne dorsale moyenne et inférieure ayant légèrement progressé entre 1998 et 2009. Enfin, des troubles dégénératifs étagés cervico-dorso-lombaires au niveau discal et articulaire postérieur ainsi que des troubles d'ostéochondrose au niveau de la colonne lombaire entre L2-L4 ont été mis en évidence.

L'examen neurologique était dans les limites normales. S'agissant des céphalées, elles avaient un caractère tensionnel et ne représentaient pas une limitation à la capacité de travail.

Sur le plan somatique, aucun argument ne permettait d'évoquer une aggravation d'origine traumatique des anomalies. Aux troubles statiques précités s'associaient des troubles dégénératifs étagés discrets du rachis et des anomalies d'hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier ou encore DISH).

Sur le plan rhumatologique et orthopédique, la symptomatologie dépassait largement ce qui pouvait être attendu en relation avec de telles anomalies.

Enfin, sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie significative n'avait été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social, hormis la problématique professionnelle. Un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger (F43.1) était mentionné sans répercussion sur la capacité de travail, mais la discussion entre experts n'avait finalement pas permis de retenir ce diagnostic, les critères y relatifs n'étant pas réunis.

Les experts avaient ainsi considéré que les travaux contraignants pour le rachis étaient contre-indiqués depuis 2003. Cela étant, dans une activité adaptée, évitant le port de charges au-delà de 10kg et permettant une alternance des positions, il n'y avait aucune limitation de la capacité de travail. Les experts considéraient plus particulièrement que l'activité d'ingénieur civil, ainsi que toute activité de bureau, paraissaient totalement adaptées.

La chambre de céans avait considéré dans son arrêt du 14 septembre 2011 (ATAS/858/2011) que « *les conclusions de l'expertise* (du 30 mars 2010) *sur la*

*capacité de travail du recourant sont corroborées par les troubles objectifs constatés et également par les observations faites en atelier professionnel* ». Dès lors, il est permis d'admettre que ladite expertise reflète l'état de santé du recourant lors de la précédente décision de l'intimé du 24 septembre 2010.

À teneur du certificat médical établi le 29 août 2018, par le médecin traitant du recourant, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin FMH en physique et réadaptation, il est fait mention d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2010 et plusieurs troubles de la santé sont décrits, dont il s'agit d'examiner s'ils rendent plausible, par rapport aux éléments médicaux topiques établis dans l'expertise du 30 mars 2010 qui avaient déjà été pris en compte dans le cadre de la précédente décision de l'intimé, l'occurrence d'une aggravation de l'état de santé du recourant, soit :

- Urologie : hypertrophie prostatique du CT du 19.06.2018, le volume de la glande prostatique est mesurée à 94 g. il était de 72 g. sur l'examen en 2011.
- Cardiologie : labilité tensionnelle hypertensive de stade I et vertiges positionnels traités par amlodipine chez un patient obèse.
- Ophtalmologie : vitré décollé avec volumineux corps flottant de l'œil droit (octobre 2017) ;
- Obésité compliquée d'un diabète de type 2, avec constipation chronique ;
- Multiples complications orthopédiques et rachidiennes :
  - Déchirure de «grade III » de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche.
  - Rupture du sus-épineux suivi par les HUG, Docteur T\_\_\_\_\_ (IRM datant de 2014).
  - Maladie de type Forestier « DISH » avec à la tomodensitométrie axiale computerisée thoracique et dorsale du 29.09.2016, une spondylose lombaire antérieure étagée avec ossification du ligament longitudinal antérieure, une ectasie de l'aorte thoracique avec nodule pulmonaire est retrouvée.
  - Dégénérescence discale de L2 à SI, hernie discale en L4 à L5 avec conflit L4 à droite, arthrose inter apophysaire postérieure étagée, spondylose dorsale antéro latérale débutante de D4-D5 jusqu'à D10-D11 avec calcifications discales et cervicartrose discale de C3-C4-C5.
  - Douleurs fonctionnelles, articulaires, avec blocage du rachis et douleurs étagées à point de départ dorsal sur scoliose avec irradiation cervicales du rachis avec amplitudes globalement diminués

Le Dr U\_\_\_\_\_, du SMR de l'OAI, a considéré que le seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré était le trouble statique rachidien avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire.

En comparant la situation telle que présentée dans le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 août 2018 et la situation médicale connue lors de la précédente décision datant de 2010 et telle qu'elle ressort de l'expertise médicale du 30 mars 2010 (ci-après : expertise CRR de 2010), on observe les éléments suivants :

Nouveaux troubles qui n'apparaissent pas dans l'expertise CRR de 2010 :

- Augmentation du volume de la prostate (passée de 72 gr. en 2011 à 94gr) et traitement d'une vessie de lutte par le Docteur W\_\_\_\_\_, urologue ;
- Stéatose hépatique (CT abdominal du 21 septembre 2016) ;
- Traitement par la Dresse AA\_\_\_\_\_, cardiologue, pour labilité tensionnelle hypertensive de stade I avec vertiges positionnels ;
- Vitré décollé avec volumineux corps flottant de l'œil droit, selon certificat du Dr S\_\_\_\_\_, ophtalmologue, du 31 octobre 2017 ;
- Rupture du sus-épineux suivi par le Dr T\_\_\_\_\_, rhumatologue (IRM datant de 2014) ;
- Déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche ;

Troubles qui apparaissent déjà dans l'expertise CRR de 2010, mais pour lesquels une aggravation ressort du certificat médical du 29 août 2018 :

- Obésité aggravée d'un diabète de type 2 (obésité mentionnée dans l'expertise CRR de 2010, mais aucune mention d'un diabète de type 2) ;
- Hernie discale en L4-L5 (vide discal antéro-supérieur et protrusion discale médiane de L4-L5 mentionnés dans l'expertise CRR de 2010) ;
- Spondylose dorsale antéro latérale débutante de D4-D5 jusqu'à D10-D11 avec calcifications discales, cervicartrose discales de C3-C4-C5.

Troubles qui apparaissent déjà dans l'expertise CRR de 2010 (page 14) et pour lesquels une aggravation ne ressort pas du certificat médical du 29 août 2018 :

- Maladie de Forestier (M35.3) ;
- Dysthymie (F34.1) ;
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère comme plausible que de nouveaux troubles de la santé sont apparus et qu'il y a eu une aggravation des troubles de la santé mentionnés dans l'expertise CRR de 2010.

Les conclusions tirées par le Dr U\_\_\_\_\_ du SMR dans son avis médical du 27 septembre 2018 sont lapidaires. Le médecin-conseil de l'intimé conclut qu'« *on retrouve les mêmes diagnostics que l'expertise* » sans se prononcer sur l'aggravation des troubles qui ont pu se produire depuis lors. Il est douteux qu'une telle conclusion puisse être suivie sans la justifier par une comparaison détaillée

entre l'état de santé au moment de l'expertise et à l'heure actuelle. S'agissant des diagnostics nouveaux, ils sont qualifiés comme « *n'ayant aucune incidence sur la capacité de travail de l'assuré autant (sic) dans l'activité habituelle d'ingénieur en génie civile* », alors même que – pour ne prendre que cet exemple – un vitré décollé avec corps flottant peut perturber la vision et représenter un handicap en matière de capacité de travail.

Ces lacunes ne permettent pas à la chambre de céans de considérer la décision de non entrée en matière comme étant justifiée. Il apparaît, au contraire, comme plausible que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis l'expertise CRR de 2010. Dans ces conditions, la chambre de céans n'a d'autre choix que de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il instruisse avec diligence la question de l'aggravation de la santé du recourant.

Les troubles de la santé décrits dans les quatre certificats médicaux produits postérieurement par le recourant, en annexe de ses courriers du 11 mars 2019 et du 29 avril 2019, dans le cadre de la procédure de recours - alors qu'il avait été invité par l'intimé à produire les éléments médicaux probants et circonstanciés attestant de l'aggravation ou de la modification durable de l'état de santé au plus tard le 10 décembre 2018 - ne seront pas examinés par la chambre de céans dès lors qu'ils sont postérieurs au moment où la décision querellée a été rendue. Il appartiendra toutefois à l'OAI, dans la mesure où les éléments figurant dans le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ justifient en tout état un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale, de tenir également compte des troubles décrits dans les quatre certificats médicaux mentionnés supra – notamment les troubles neuropsychologiques retenus par les Drs X\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_ et de les instruire, afin d'en exposer les éventuelles conséquences au niveau de la capacité de travail du recourant.

5. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.- au vu du sort du recours.

**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 non entrée en matière du 13 décembre 2018 et renvoie la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction médicale du cas et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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