

GE_GERICHTE ATAS/1358/2012 vom 8. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1358_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1358/2012 du 8 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1358/2012 del 8 novembre 2012

Erwägungen

E. 6

En juillet 2009, un questionnaire a été adressé à l'assuré dans le cadre de la révision de son droit à une rente, qu'il a rempli en alléguant une aggravation remontant à trois ans, consistant en la perte totale de son bras gauche et en la perte partielle de son bras droit et en une augmentation de son diabète et de ses problèmes dorsaux.

E. 7

Interrogée par l'OAI, la Dresse A_____ a confirmé en date du 18 octobre 2009 une aggravation de l'état de son patient sous la forme de scapulalgies chroniques bilatérales sur tendinopathie aux épaules et

A/4124/2009 - 5/15 - d'hémochromatose secondaire. Le médecin a fait remonter cette aggravation à deux ans plus tôt, soit fin 2007. S'agissant des limitations fonctionnelles de son patient, le médecin traitant a mentionné une contre-indication au soulèvement de lourdes charges et aux travaux lourds. Le médecin a produit une radiographie pratiquée en septembre 2007, faisant état d'une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne, sans argument en faveur d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, des données IRM cervicales sans anomalies notables et un rapport du Dr M_____ ne relevant aucune anomalie après ECG et enregistrement de Holter.

E. 8

Le 22 octobre 2009, l'Office a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'en l'absence de changement significatif, il se proposait de maintenir son droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 9

Par courrier du 10 novembre 2009, l'assuré a contesté cette position et s'est plaint de n'avoir jamais été soumis à l'examen d'un médecin-conseil.

E. 10

Par décision formelle du 12 novembre 2009, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité ne s'était pas modifié.

E. 11

Par écriture du 17 novembre 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent. Le recourant se dit prêt à se soumettre à l'examen d'un médecin-conseil de l'assurance-invalidité. Il allègue que sa situation se dégrade de jour en jour et demande que son cas soit réexaminé.

E. 12

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 décembre 2009, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que les documents médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction de la révision du droit à la rente du recourant n'ont pas permis d'établir qu'il y aurait eu une modification notable de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations. L'intimé souligne que le médecin traitant, s'il atteste d'une incapacité de travail de 100%, le faisait déjà en avril 1997, et qu'il se fonde pour le reste sur les douleurs liées par son patient. Il en tire la conclusion que l'état de santé de l'intéressé n'a, d'un point de vue objectif, pas véritablement évolué et souligne que la dernière décision de non-entrée en matière, entrée en force, remonte au 27 mai 2009.

A/4124/2009 - 6/15 -

E. 13

Une audience s'est tenue en date du 4 février 2010 au cours de laquelle le recourant a expliqué que son état n'a cessé de s'aggraver : il a ainsi désormais perdu la maîtrise de son bras gauche et il lui est de plus en plus difficile d'utiliser le droit. Désormais, il ne peut plus fermer sa main droite. L'intimé a quant à lui indiqué que si la Dresse A _____, médecin traitant, a effectivement à plusieurs reprises fait état d'une aggravation de l'état de son patient, il était apparu, après examen et étude de ses différents rapports, qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments médicaux corroborant cette aggravation.

E. 14

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 15 avril 2010 au cours de laquelle a été entendue la Dresse A _____, laquelle a confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient, aggravation qu'elle a fait remonter à deux-trois ans. Le témoin a indiqué que les limitations de son patient étaient les mêmes qu'auparavant (éviter des mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges) mais désormais valables des deux côtés. Sur le plan psychique, le médecin a indiqué que son patient allait mieux, même si un état anxieux persistait. Il a ajouté qu'une nouvelle IRM avait révélé des protrusions discales insuffisantes pour expliquer les douleurs. Le patient avait été adressé à un rhumatologue, sans succès.

E. 15

Par courrier du 15 avril 2010, le témoin a produit un rapport d'IRM cervical du 5 février 2010 concluant à de discrets remaniements génératifs disco-vertébraux étagés du rachis cervical prédominants en C4-C6 et C6-C7 responsables à ces deux niveaux d'une légère réduction de calibre des trous de conjugaison et de discrets remaniements à caractère inflammatoire des plateaux vertébraux jouxtant le disque C6-C7.

E. 16

Par écriture du 17 mai 2010, l'intimé, après avoir soumis ces documents à son SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR), a persisté dans ses conclusions.

E. 17

Dans un courrier du 1er juin 2010, le recourant a contesté cette prise de position, alléguant qu'il commence à ressentir des difficultés également au niveau du membre supérieur droit et qu'il "sent que ça va tourner comme l'autre".

E. 18

Par écriture du 23 juin 2010, le recourant s'est référé au rapport adressé à son médecin traitant le 2 décembre 2004 par le Dr N _____, hématologue, concluant à une formule sanguine normale, à un bilan ferrique normal et expliquant que la recherche pour mutation de l'hémochromatose n'avait pu être faite au vu des perturbations modérées du bilan ferrique. Il indiquait qu'il ne s'agissait donc

A/4124/2009 - 7/15 - probablement pas d'une hémochromatose primaire mais sans doute d'une hémochromatose secondaire sur affection hépatique due à l'alcool.

E. 19

Le 5 juillet 2010, l'assuré a mandaté un conseil pour la défense de ses intérêts.

E. 20

Par écriture du 17 août 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 21

Par écriture du 18 octobre 2010, le conseil de l'assuré a complété le recours de ce dernier en concluant à la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire rhumato- psychiatrique et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir investigué la situation sur le plan psychiatrique pas plus qu'au niveau du membre supérieur droit.

E. 22

Par écriture du 19 novembre 2010, le recourant a annoncé avoir pris contact avec le Dr O _____, afin que celui-ci procède aux examens nécessaires.

E. 23

Par écriture du 4 mars 2011, le recourant a indiqué qu'il s'avérait que ses limitations principales semblaient être d'ordre principalement psychique. Il a reconnu n'être malheureusement pas suivi régulièrement sur ce plan. En conséquence de quoi, le recourant a demandé un délai supplémentaire pour pouvoir produire l'avis d'un spécialiste.

E. 24

Par écriture du 12 avril 2011, le recourant a expliqué que le Dr O _____, rhumatologue, ne l'avait rencontré qu'une fois, très brièvement et que c'était un autre rhumatologue, le Dr P _____, qui avait repris le suivi. Il a demandé qu'un délai lui soit octroyé afin de pouvoir permettre à ce dernier de se déterminer.

E. 25

Par écriture du 14 juin 2011, le recourant a produit un rapport établi par le Dr P _____ le 7 juin 2011 ainsi qu'un rapport d'IRM cervical. Il a expliqué qu'il prenait ses dispositions pour qu'une IRM cérébrale soit rapidement pratiquée et a demandé un ultime délai pour en produire les résultats. Le Dr P _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a indiqué dans son rapport avoir reçu l'assuré pour des douleurs cervicales irradiant dans les deux épaules et s'étant péjorées à droite depuis une année. Le médecin a relevé l'absence de syndrome algo-dysfonctionnel autant cervical que dorsal, il a observé une mobilité des épaules complète sans schéma de rupture de coiffe, un arc douloureux à gauche à 90 degrés, l'absence d'atrophie des muscles de la ceinture scapulaire, l'absence de parésie au niveau des membres supérieurs ainsi que l'absence de troubles de la sensibilité. L'IRM de la colonne cervicale effectuée le 30 mai 2011 n'a mis en évidence que de discrets troubles dégénératifs

C5-C6 et C6-C7 sans rétrécissement foraminal majeur. En conclusion, le médecin a retenu A/4124/2009 - 8/15 - des cervicalgies avec brachialgies proximales secondaires à des troubles dégénératifs banals sans atteinte neurologique.

E. 26

Par écriture du 2 août 2011, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait consulté le Dr Q_____ qui avait pratiqué une IRM de son épaule gauche et qu'il était en attente des résultats. Il a dès lors sollicité une nouvelle prolongation de délai.

E. 27

Par courrier du 5 octobre 2011, le recourant a indiqué n'avoir pu obtenir les documents médicaux qu'il s'était engagé à produire. Il a dès lors demandé l'audition des Drs S_____, psychiatre, T_____, cardiologue et P_____, rhumatologue.

E. 28

Le Dr S_____ a été entendu en date du 10 novembre 2011. Il a précisé ne suivre l'assuré que depuis le 29 septembre 2011. Le témoin a conclu à un état dépressif de sévérité moyenne avec une composante anxieuse très importante, vraisemblablement présent depuis assez longtemps puisque le constat en avait déjà été fait en 2000. Le psychiatre a évoqué un isolement psychosocial assez important, d'une part, et des problèmes d'insomnie extrêmement sévères, d'autre part. Il a indiqué soupçonner un syndrome d'apnées du sommeil et avoir adressé l'assuré au Centre du sommeil pour des examens.

E. 29

Le Dr P_____ a pour sa part confirmé n'avoir observé qu'une légère diminution de la mobilité au niveau des cervicales, explicable au vu de l'âge de l'assuré, et, au niveau des épaules, une mobilité tout à fait complète, sans aucun déficit sensitif ou moteur. Aucune atteinte médullaire ou dégénérative n'a été mise en évidence, pas plus qu'une limitation de l'amplitude ou de la force. Aucune atteinte fonctionnelle objective au niveau des épaules n'a été constatée. Selon le témoin, la seule limitation fonctionnelle consiste à éviter le port de lourdes charges.

E. 30

A l'issu des audiences d'enquêtes, un délai a été accordé au recourant pour indiquer s'il entendait maintenir sa demande d'audition des Drs T_____ et Q_____, il a été convenu d'attendre le résultat des investigations du Centre du sommeil.

E. 31

Par courrier du 18 novembre 2011, le recourant a déclaré renoncer à l'audition du Dr T_____ et a réservé sa réponse quant à celle du Dr Q_____.

E. 32

Le 20 février 2012, le Dr S_____ a indiqué à la Cour de céans que les investigations spécifiques effectuées (acétimétrie et polygraphie respiratoires)

A/4124/2009 - 9/15 - avaient permis de poser le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère. Il a précisé qu'un traitement approprié par pression positive continue avait été instauré.

E. 33

Par écriture du 13 mars 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions.

E. 34

Par écriture du 12 mars 2012, l'intimé a fait de même.

E. 35

Le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, entendu le 10 mai 2012, a expliqué avoir été chargé d'investiguer l'origine des douleurs au niveau de l'épaule gauche. Une arthro-IRM n'a finalement montré qu'une bursite et une irritation du tendon, sans déchirure. Il a précisé que ce type d'atteinte se traduit par les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les mouvements d'abduction et le port de charges.

E. 36

Réentendu, le Dr S_____ a expliqué qu'il lui était impossible de dire à quand remontait l'apparition du syndrome d'apnées du sommeil chez l'assuré.

E. 37

Dans ses écritures après enquêtes du 22 mai 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rappelant que des faits postérieurs à la décision litigieuse du 12 novembre 2009 ne sauraient être déterminants.

E. 38

Quant au recourant il a également persisté dans ses conclusions par écriture du 4 juin 2012. Il allègue principalement qu'il est atteint d'une pathologie nouvelle depuis environ deux à trois ans, sous la forme d'apnées du sommeil, qui a pour conséquences de nouvelles limitations fonctionnelles (hyper somnolence diurne et impossibilité d'exercer un travail nécessitant attention et concentration).

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

A/4124/2009 - 10/15 - La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et

les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé entre le 27 mai 2009 - date de la décision précédente - et le 12 novembre 2009 - date de la décision litigieuse -, au point d'influencer son droit aux prestations et de lui ouvrir droit à une rente d'invalidité plus élevée que celle dont il bénéficie. 5. a) Selon l'art. 17 LPGA (applicable à compter du 1er janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). 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

A/4124/2009 - 11/15 - investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

A/4124/2009 - 12/15 - 7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

A/4124/2009 - 13/15 - activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 9. Selon le principe de libre appréciation des

preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 10. En l'espèce, le recourant s'est vu octroyer une demi-rente à compter du 1er avril 1998, justifiée par des cervico-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, un syndrome douloureux persistant, un trouble dépressif léger. Il a alors été admis que l'assuré devait éviter le port de charges et les positions statiques. Il existait de plus un statut post-infarctus (1998 et 1999), des précordialgies et un syndrome métabolique (diabète et hypercholestérolémie) sans influence sur la capacité de travail. Certes, le médecin traitant de l'assuré confirme une aggravation de l'état de santé de ce dernier, aggravation consistant en des scapuloalgies chroniques sur tendinopathie et en une hémochromatose. Force est cependant de constater que, de l'aveu même du médecin traitant, ces atteintes n'entraînent pas de limitations

A/4124/2009 - 14/15 - supplémentaires à celles déjà retenues précédemment. Qui plus est, les différents rapports d'imagerie produits confirment que les protrusions discales sont insuffisantes pour expliquer les douleurs, que les remaniements dégénératifs ne sont que discrets, la réduction de calibre des trous de conjugaison que légère, bref, qu'il ne s'agit là que de troubles banals - ainsi que les a qualifiés le Dr P. _____, habituels chez un assuré de l'âge du recourant. Sur le plan somatique, le rhumatologue a observé une mobilité des épaules complète et l'absence d'atrophie des muscles. Il n'a mis en évidence ni syndrome algo-dysfonctionnel, ni rupture de coiffe, ni parésie, ni troubles de la sensibilité au niveau des membres supérieurs. De la même manière, l'hémochromatose alléguée apparaît bénigne vu les résultats des examens (formule sanguine et bilan normaux, faible augmentation de la ferritine). Le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir investigué la situation sur le plan psychiatrique, mais force est de constater que son médecin traitant a indiqué que, sur ce point, la situation s'était améliorée, ce que confirme le fait que l'assuré n'a suivi aucun traitement et n'a consulté à nouveau un spécialiste que bien après la décision litigieuse, en septembre 2011. En définitive, la seule nouvelle atteinte est le syndrome d'apnées du sommeil mis en évidence au début de l'année 2012, dont le spécialiste n'a pu indiquer depuis quant il était présent. Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de confirmer l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré

antérieure à la décision litigieuse et de confirmer cette dernière. Le recours est donc rejeté.

A/4124/2009 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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