

GE_GERICHTE ATAS/1475/2012 vom 10. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1475_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1475/2012 du 10 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1475/2012 del 10 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), 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). Elle est donc compétente à raison de la matière. Formé dans le délai et la forme prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Au vu des éléments recueillis, la Cour s'estime suffisamment renseignée pour trancher le litige. Il ne sera donc pas procédé aux actes d'instructions complémentaires sollicités par le recourant.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations. a. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). 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, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

A/1260/2012 - 6/11 - b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). c. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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. L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante; elle 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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

A/1260/2012 - 7/11 - 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 le médecin 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; ATF np 9C 144/2010 du 10 décembre 2010). 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 273 consid. 4a). 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est ainsi comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). d. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 3.a En l'espèce, le dernier examen circonstancié des faits pertinents pour déterminer le droit à une rente d'invalidité a eu lieu en 2005 où le recourant a été soumis à une expertise bi-disciplinaire. Les diagnostics retenus étaient des lombalgies chroniques persistantes non déficitaires, une discopathie L5-S1 avec protrusion discale voire hernie pré-ligamentaire médiane-paramédiane G et ébauche de spondylarthrose

A/1260/2012 - 8/11 - ainsi que d'une importante dysbalance musculaire, des cervico-scapulalgies G dans le cadre d'un trouble rachidien et une discopathie C5-C6 avec hernie discale postéro-latérale G 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. Les limitations fonctionnelles 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 lourdes. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. En 2003 déjà, des observations similaires avaient été faites par le Dr H _____ dans son rapport du 9 septembre 2003. Ce radiologue avait, notamment, relevé des discopathies étagées des espaces C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7; ces discopathies se traduisaient par des protrusions discales. Le Dr J _____, spécialiste en médecine interne et affections rhumatologiques avait relevé, également en 2003, les douleurs lombaires en L4-L5. La Dresse I _____, de la division de rhumatologie des HUG, avait, en 2003, observé une arthrose L5-S1 et de douleurs de L4 à S1. Les limitations fonctionnelles relevées par le Dr J _____ étaient similaires à celles, précitées, retenues par le Dr A _____, à savoir la nécessité d'alterner les positions assis et debout, d'éviter l'inclinaison du buste, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, le travail en hauteur, le port de charges et les déplacements sur sol irrégulier. Lors du stage effectué à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 3 avril au 3 mai 2006, où le recourant avait été amené à transférer des dossiers pour les archiver en position debout et à démonter des appareils électriques et électroniques en positions alternées, les limitations sus- décrites avaient été observées; le recourant avait tendance à "se bloquer" le bras gauche lorsqu'il l'utilisait en force au travail répété au-dessus de l'épaule.

Dans son rapport du 16 janvier 2012, le Dr C _____ fait état de lombalgies chroniques sur protrusions discales L4-L5 et L5-S1 et de cervicalgies chroniques sur C5-C6. La Dresse E _____ constate des hernies discales et des lombalgies étagées provoquant un syndrome algique important. Ces observations ne mettent pas en évidence des affections nouvelles sur le plan somatologique.

Par ailleurs, aucun élément nouveau ne vient 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 en avril et mai 2006 n'a fait que confirmer ces limitations; il n'en a pas mis en exergue d'autres.

Partant, les atteintes physiques constatées en 2005 ne se sont pas aggravées, ni leur impact sur les limitations fonctionnelles.

A/1260/2012 - 9/11 - b. Sur le plan psychique, un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites avait déjà été signalé en 2005. En 2012, la Dresse E_____ mentionne un état dépressif sévère et le Dr C_____ un état dépressif, de la fatigue, des insomnies ainsi qu'un manque de concentration. Ces deux médecins ne sont toutefois pas psychiatre. Le psychiatre-traitant du recourant retient en janvier 2012 le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Il qualifie le diagnostic de léger, n'influençant pas la capacité de travail. L'affection se manifestait par une humeur déprimée, une perturbation du sommeil, un manque de concentration et de la fatigabilité. Dans son courrier du 15 octobre 2012, le Dr D_____ indique que l'état psychique de son patient n'est pas modifié depuis janvier 2012. En mars 2012, la symptomatologie anxio-dépressive était d'intensité légère à moyenne. Le conseil de l'assuré soutient que le dossier fait ressortir des difficultés relationnelles entre ce praticien et son client. Cette affirmation n'est cependant pas corroborée par le dossier. D'une part, le courrier du Dr D_____ ne fait que décrire les observations faites par ce spécialiste, à savoir que le patient n'était venu que trois fois à sa consultation depuis le 10 octobre 2011, qu'il se montrait peu compliant et peu collaborant. Le projet de consultation n'était pas clair, ce d'autant plus que le patient n'avait pas mentionné ses multiples demandes de rentes AI depuis 2000. Il n'apparaît pas de ce courrier que la relation entre le Dr D_____ et le recourant était difficile ou conflictuelle. D'autre part, dans ses déterminations du 10 octobre 2012, le recourant indique que depuis le mois de janvier 2012, il s'était rendu une dizaine de fois à la consultation du Dr D_____. Or, si le recourant rencontrait des difficultés relationnelles avec son médecin, il n'aurait pas poursuivi les consultations auprès de ce spécialiste, à tout le moins pas pendant une si longue période. Par ailleurs, les renseignements fournis par le Dr D_____ ne sont pas contradictoires. Il a, certes, qualifié le diagnostic psychiatrique de léger en janvier 2012 et indiqué en octobre 2012 qu'il avait été d'intensité légère à moyenne en mars 2012. Cette nuance ne permet cependant pas de considérer que l'avis du Dr D_____ ne peut être pris en considération. De toute manière, que l'on retienne un état dépressif d'intensité légère ou d'intensité légère à moyenne, le degré de gravité de cet état n'atteint en tout cas pas celui requis pour admettre que par sa gravité, son acuité et sa durée, il influe sur la capacité de travail. Le Dr D_____ a d'ailleurs relevé que la capacité de travail n'était pas affectée par le trouble psychique. Or, seule une atteinte psychique ayant des répercussion sur la capacité de travail ne peut être prise en compte. Aucune aggravation sur le plan psychique n'étant survenue depuis l'examen de 2005, l'intimé a, à juste titre, considéré que la capacité de travail n'était pas modifiée depuis lors. c. En revanche, le diagnostic de maladie de Basedow et la suspicion de cancer thyroïdien constituent des affections nouvelles. Selon la Dresse E_____ ,

A/1260/2012 - 10/11 - celles-ci n'influent cependant pas sur la capacité de travail du recourant. Cette spécialiste a précisé que le patient refusait pour l'instant 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'ont pas entraîné de diminution de la capacité de travail, elles ne sont pas de nature à justifier une réévaluation de l'invalidité du recourant. Il va de soi que si le risque de récurrence se réalisait et devait limiter la capacité de travail du recourant, ce dernier pourra entamer une nouvelle procédure de révision. En conclusion, la Cour retient que l'état de santé du recourant n'a pas subi une aggravation, qui aurait augmenté ses limitations fonctionnelles ou réduit sa capacité de travail, telles que retenues dans la décision de 2005.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté sa nouvelle demande prestation. d. Enfin, le recourant ne remet, à raison, pas en cause la comparaison de revenus effectuée par l'intimé. Celle-ci se fonde, en effet, sur les renseignements fournis par l'ancien employeur du recourant pour retenir un salaire annuel, sans invalidité, de 48'915 fr. en 2010. Au vu du large éventail d'activités qu'offre le marché équilibré du travail, qui doit servir de référence théorique et abstraite pour distinguer les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance- invalidité, et qui sont compatibles avec les limitation fonctionnelles du recourant (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b), l'intimé a retenu, à juste titre le revenu ressortant du tableau TA, relatif à une activité pour un homme ne nécessitant de formation (activité simple et répétitive). La comparaison des revenus avec et sans invalidité démontre que l'atteinte à la santé du recourant n'entraîne pas de perte de gain, au sens de l'AI. En conséquence, le recourant ne peut prétendre à des prestations de l'intimé.

E. 4

Le recours est donc rejeté. L'assuré plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, l'émolument de 200 fr. mis à sa charge (cf. art. 69 al. 1bis LAI) est provisoirement supporté par l'Etat. * * *

A/1260/2012 - 11/11 - 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.