

# **GE\_GERICHTE ATAS/170/2018 vom 1. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_170\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_170_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/170/2018 du 1 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/170/2018 del 1 marzo 2018

## **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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

### **E. 2**

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 3**

L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé, statuant sur le droit à la rente, du 10 juin 2013.

### **E. 4**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). 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 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372

consid. 2b et 390 consid. 1b). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133

A/4288/2017 - 9/13 - V 108 p. 110 ss consid. 5). 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

#### **E. 5**

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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est 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). 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 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

#### **E. 6**

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

A/4288/2017 - 10/13 - 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 7**

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 (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 une modification 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).

#### **E. 8**

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 351 consid. 3).

#### **E. 9**

En l'occurrence, la précédente décision de l'OAI est notamment fondée sur le rapport du 11 mars 2011 du Dr B\_\_\_\_\_ de la SUVA qui a retenu un status après une arthrodèse sous-astragaliennne consolidée, avec une limitation douloureuse de la mobilité de l'arrière-pied et de la cheville sur un status après arthrodèse sous-astragaliennne, ainsi quelques légers signes irritatifs du genou droit et un syndrome vertébral lombaire modéré, sans manifestation radiculaire. L'exercice de l'activité précédente n'était plus exigible. Elle était toutefois entière dans une activité sédentaire, permettant des changements de position et n'exigeant que de courts déplacements. Depuis la décision du 10 juin 2013 de l'intimé, le Dr D\_\_\_\_\_ relève, dans son rapport du 10 septembre 2013, que l'assuré a bien évolué sur le plan radiologique, sept ans après l'arthrodèse. Cependant, il y a une forte discrédance entre cette évolution et l'évolution clinique qui est assez catastrophique chez un assuré présentant une boiterie à la marche et qui marche avec une canne. La scintigraphie osseuse avec complément tomoscintigraphique ayant démontré une importante réaction autour d'une des deux vis, il propose leur ablation. L'arthrodèse est par ailleurs parfaitement consolidée. L'ablation est pratiquée le 16 octobre 2013 et le Dr D\_\_\_\_\_ note, dans son rapport du 8 novembre 2013, une bonne évolution.

A/4288/2017 - 11/13 - L'assuré est guéri et la plaie fermée. Néanmoins, il y a toujours la même douleur dans la gouttière externe. Par la suite, le Dr D\_\_\_\_\_ procède à une infiltration xylocaïne le 19 novembre 2013 qui n'amène aucun résultat. Au contraire, une heure après, l'assuré dit souffrir davantage de douleurs. Selon ce médecin, les mesures diagnostiques pouvant expliquer le syndrome douloureux sont épuisées. Le 27 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ note qu'il n'a pas de solution à formuler et que le patient est venu reprendre son dossier pour voir le Dr E\_\_\_\_\_ au CHUV. Le 8 avril 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ confirme la

mauvaise évolution, à savoir des douleurs invalidantes malgré l'arthrodèse fusionnée. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne retient pas une indication chirurgicale, dans son rapport du 18 février 2015, et adresse le patient au Dr G\_\_\_\_\_ pour une dénervation sélective de l'arrière-pied, tout en constatant un syndrome douloureux diffus de l'arrière-pied droit et que l'assuré marche avec deux cannes et une boiterie antalgique. L'IRM du 20 mars 2015 met en évidence une hernie discale postérieure et un épanchement dans l'articulation zygapophysaire gauche. Dans le rapport du 26 mai 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ note, outre des douleurs fortes au pied droit (8/10 au repos, la nuit et à la marche), que l'assuré présente également des douleurs dorsales depuis très longtemps. Toutefois, selon le rapport du 11 mai 2016 du Dr K\_\_\_\_\_, le syndrome vertébral est modéré, sans syndrome irritatif ou déficitaire. L'IRM ne met en évidence qu'une pathologie dégénérative banale, avec un canal étroit mais pas rétréci, sans signal inflammatoire aigu. Quant à la petite hernie discale lombo-sacrée gauche, elle est sans répercussion clinique. Selon le Dr K\_\_\_\_\_ la douleur rachidienne est la conséquence de la boiterie et est d'origine myofasciale. Il est à cet égard également à relever que l'examen clinique du 9 mai 2016 par le Dr K\_\_\_\_\_ n'a pas révélé une contracture para-vertébrale, ni des douleurs à la palpation et à la percussion des épineuses rachidiennes lombaires, même lors de leur rotation contrariée. Il n'y avait pas non plus de douleurs à la palpation des articulations ilio-sacrées et des grands trochanter. La mobilité lombaire en flexion, extension, rotation et inflexion latérale n'était pas limitée, mais il y avait des douleurs axiales en fin de course particulièrement en flexion. La sensibilité était préservée dans tous les dermatomes, de même que la force dans tous les myotomes. Tous les réflexes étaient présents. En cours de procédure, une nouvelle IRM lombo-sacrée a été réalisée. Toutefois, selon le rapport du 30 novembre 2017 du Dr K\_\_\_\_\_, l'examen clinique n'est toujours pas inquiétant et la nouvelle IRM rassurante. Il y a certes une nouvelle petite hernie L4-L5 qui a apparue. Cela est cependant compensé par la résorption de la hernie L5-S1 gauche. Partant, il sied de constater que ce nouvel examen n'a pas non plus mis en évidence une aggravation, raison pour laquelle la chambre de céans a renoncé à solliciter de

A/4288/2017 - 12/13 - l'intimé de se déterminer sur l'IRM du 29 novembre et le rapport du 30 novembre 2017 du Dr K\_\_\_\_\_. Selon le SMR, le syndrome vertébral lombaire et ses limitations fonctionnelles ont déjà été pris en compte dans les précédentes conclusions, si bien qu'aucun élément médical ne parle en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Il y a lieu de se rallier à cet avis du SMR, au vu des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ et en raison du fait que le recourant se plaignait déjà au moment de la dernière décision de l'OAI de douleurs au dos. Au demeurant, le syndrome vertébral lombaire n'engendre pas d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues à l'époque (travail sédentaire sans longs déplacements et avec la possibilité de changement de positions). Cela étant, il convient de constater qu'aucune aggravation avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'est survenue depuis la dernière décision de l'OAI. Par conséquent, les conditions d'une révision matérielle ne sont pas réunies, si bien que le refus de prestations du 10 juin 2013 doit être confirmé.

## **E. 10**

Le recourant sollicite son audition. Cependant, dans la mesure où le juge doit se fonder sur des documents médicaux, comme relevé ci-dessus, il ne paraît guère utile d'entendre les plaintes du recourant de vive voix. En effet, celles-ci ne peuvent être prises en considération que si elles sont étayées par des constatations médicales en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Au demeurant, les plaintes du recourant ressortent

déjà du dossier, notamment du rapport du 11 mai 2016 du Dr K\_\_\_\_\_. Par conséquent, il ne sera pas donné suite à la conclusion du recourant tendant à la tenue d'une audience de comparution personnelle des parties.

**E. 11**

Cela étant, le recours sera rejeté.

**E. 12**

Dans la mesure où le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge. \*\*\*

A/4288/2017 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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