

GE_GERICHTE ATAS/36/2020 vom 23. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_36_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/36/2020 du 23 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/36/2020 del 23 gennaio 2020

Erwägungen

E. 25

Par décision du 1er novembre 2010, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

E. 26

Le 29 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 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.

E. 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 1er 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

A/444/2019 - 11/21 - 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 bénéfice 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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,

A/444/2019 - 12/21 - 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 tomодensitométrie 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 discales. 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.

A/444/2019 - 13/21 - 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 ».

E. 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.

E. 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.

E. 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 ».

E. 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.

E. 37

L'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 1er 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.

E. 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.

E. 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 1er 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

A/444/2019 - 14/21 - 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.

E. 40

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

E. 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 1er 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

A/444/2019 - 15/21 - 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 1er 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

A/444/2019 - 16/21 - 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 1er 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 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)

A/444/2019 - 17/21 - (hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystériorforme) (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

A/444/2019 - 18/21 - 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.

A/444/2019 - 19/21 - 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

A/444/2019 - 20/21 - 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 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.- au vu du sort du recours.

A/444/2019 - 21/21 - 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.