

# **GE\_GERICHTE ATAS/431/2015 vom 16. Juni 2015**

GE Cour de justice, 2015-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_431\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_431_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/431/2015 du 16 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/431/2015 del 16 giugno 2015

## **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/GE 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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 29 septembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue

A/3348/2014 - 13/24 - matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de

la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA; RS/GE E 5 10]).

#### **E. 5**

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est aggravé de manière à influencer son droit à la rente entre le 30 mars 2009, date de la décision initiale entrée en force par laquelle cette prestation lui a été refusée, et le 29 septembre 2014, date à laquelle l'intimé s'est prononcé sur la nouvelle demande du recourant.

#### **E. 6**

Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, soutenant qu'il n'a pas eu la possibilité de se prononcer sur la liste des questions soumises aux experts et qu'il n'a pas pu faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de la Dresse Q\_\_\_\_\_, faute d'avoir été informé de son intervention. Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle dont la violation entraîne, lorsque sa réparation par l'autorité de recours n'est pas possible, l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 137 I 195 consid. 2.2 ; ATF 133 III 235 consid. 5.3). Ce moyen doit par conséquent être examiné en premier lieu (ATF 137 I 195 consid. 2.2).

#### **E. 7**

a. Pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), en vigueur depuis le 1er mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois, ou plus de trois, disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a mis en place une plate-forme (SuisseMED@P) destinée aux offices AI pour l'attribution sur une base aléatoire des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire. b. Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI (annexe V de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité de l'OFAS, valable dès le 1er janvier 2010, état au 1er mars 2012), l'office AI annonce à la personne assurée qu'il juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire et l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux

A/3348/2014 - 14/24 - experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours. Le centre d'expertise communique le nom des personnes auxquelles l'expertise est confiée dans chaque discipline et fixe les dates des examens. Une fois que le mandat est confirmé, l'Office AI est informé par courriel de l'identité des experts, des dates et lieux des expertises auxquelles la personne assurée sera soumise. L'Office AI informe la personne assurée des dates auxquelles elle sera soumise à l'expertise et du nom des experts. Il la rend attentive à son droit de faire valoir dans les 10 jours d'éventuels motifs de rejet ou de récusation à l'encontre des experts cités. c. Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la

récusation d'experts judiciaires (ATF 120 V 364 consid. 3a), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111 consid. 4a/aa), le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, à défaut de quoi le plaideur est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (ATF 119 Ia 221 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 105/06 du

### **E. 12**

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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

### **E. 13**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

A/3348/2014 - 17/24 - indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125

V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend en effet du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 166 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 14**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

A/3348/2014 - 18/24 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001

IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 15**

En l'espèce, pour déterminer s'il y a eu une modification notable du degré d'invalidité du recourant, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, soit au 29 septembre 2014, avec les circonstances qui prévalaient lors de la décision initiale du 30 mars 2009. a. Il ressort de l'instruction menée par l'intimé préalablement à la décision de mars 2009, que le recourant présentait alors des cervicobrachialgies bilatérales sur des troubles dégénératifs (une hernie discale C5-C6 et C6-C7 droite et une radiculopathie déficitaire et irritative C6 droite), un canal carpien bilatéral et des podalgies bilatérales d'origine indéterminée, atteintes ayant des effets sur sa capacité de travail. En outre, avaient également été mentionnés, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, une surcharge pondérale, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle et une majoration des symptômes avec la présence de nombreux signes de non organicité. Compte tenu des atteintes ostéoarticulaires et du trouble neurologique, la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure, mais entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%, et ce depuis le 1er avril 2008. Le recourant ne devait pas porter des charges de plus de 5 kg de façon répétitive et de 7,5 kg de façon occasionnelle, monter ou descendre des escaliers à répétition, marcher en terrain instable ou plus de 30 minutes, travailler en hauteur et rester debout plus de 10-15 minutes. Etaient également contre-indiqués les mouvements en hauteur, un rendement imposé au niveau des membres supérieurs, les positions statiques en flexion ou extension du rachis cervical, les mouvements de rotation à répétition ou de façon brusque aux dépens du rachis cervical (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 10 février 2009). b. Suite à la nouvelle demande déposée par le recourant le 10 septembre 2012, l'intimé a retenu, à l'appui de sa décision du 29 septembre 2014, fondée sur l'avis de la Dresse U\_\_\_\_\_ du 5 août 2014, lui-même basé sur les conclusions du rapport d'expertise de la CRR du 6 mai 2014, que les conditions de fait ne s'étaient pas

A/3348/2014 - 19/24 - modifiées de manière à influencer le degré d'invalidité du recourant depuis la décision initiale. Il est rappelé que les experts ont exposé que les plaintes et l'examen clinique étaient globalement superposables aux différentes évaluations médicales réalisées pendant l'instruction du premier dossier. Les deux IRM effectuées en septembre 2012 et juillet 2013 ne mettaient pas en évidence d'aggravation de la situation par rapport aux précédentes IRM cervicales. Concernant l'étage dorsolombaire, les constatations étaient de peu de gravité avec principalement des discopathies modérées de L2 à S1. Aucune sténose canalaire ou foraminale significative n'était mise en évidence, les prolapsus discaux étaient peu importants, il s'agissait d'image banale d'herniation intra-spongieuse et le retentissement fonctionnel était modéré avec un syndrome lombo-vertébral tout à fait mineur. Concernant les membres supérieurs et inférieurs, les atteintes n'étaient pas non plus significatives et ne permettaient pas de rendre compte des plaintes douloureuses. Sur le plan neurologique, le tunnel carpien bilatéral était connu depuis de nombreuses années et le syndrome cervical était modéré avec des troubles de la sensibilité qui correspondaient principalement au territoire de C6 ou du nerf médian. Il n'y avait donc pas d'explication neurologique pour le tableau clinique rachidien et les douleurs des membres inférieurs. Tout au plus, il était possible que le recourant présente quelques symptômes que l'on pourrait attribuer à une polyneuropathie diabétique débutante, mais ces troubles étaient également

mineurs et n'avaient aucun retentissement fonctionnel qui irait au-delà de l'appréciation réalisée en 2009. Enfin, les atteintes internistiques restaient modérées et n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail, y compris concernant le diabète de découverte récente. Les experts ont ainsi conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation sur les plans ostéoarticulaires et neurologiques, et que les nouveaux diagnostics sur le plan de la médecine interne n'étaient pas incapacitants. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies sur une discopathie avec une discarthrose et une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, des cervicobrachialgies de topographie plutôt C6, un tunnel carpien bilatéral, des dorsalgies non spécifiques, des lombalgies sur une discopathie de L2 à S1, avec une protrusion discale prédominant à l'étage L5-S1, des sciatalgies bilatérales sans signe de neuropathie. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont signalé un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle limite, une hypercholestérolémie traitée, une obésité de stade I, un probable syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, un probable asthme bronchique, une probable hypertrophie de la prostate, un status après une intervention abdominale, une possible neuropathie diabétique débutante. Ils ont estimé que le recourant conservait une capacité de travail dans une activité adaptée, avec la même diminution de rendement que celle retenue précédemment. En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, les limitations fonctionnelles

A/3348/2014 - 20/24 - du recourant étaient superposables à celles de 2009 (pas de port de charges au-delà de 5 kg, voire 7,5 kg, pas de positions en flexion de la nuque ou en porte-à-faux – restrictions également valables pour l'étage dorsolombaire-, pas de mouvements de torsion répétés, pas de positions statiques debout prolongées, pas de marche de plus de 30 minutes, pas de marche en terrains irréguliers, instables, en hauteur, pas de montées et descentes fréquentes d'échelles ou d'escaliers).

## **E. 16**

Le recourant conteste la validité de cette expertise au motif que l'évaluation rhumatologique a été omise, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ayant uniquement réalisé un examen de médecine interne. S'il est exact que le rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ s'intitule « Expertise de médecine interne » et que la spécialiste a apprécié le cas « d'un point de vue interniste », la chambre de céans constate cependant que le rapport d'expertise a été rendu en consilium par trois médecins possédant des connaissances approfondies en médecine interne, rhumatologie (Dresse Q\_\_\_\_\_), médecine physique et réadaptation, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dr R\_\_\_\_\_ ) et neurologie (Dr S\_\_\_\_\_ ). Ces spécialistes avaient pour mission de procéder à « une évaluation centrée sur les troubles de l'appareil locomoteur sur les troubles neurologiques et une expertise en médecine interne » (rapport p. 12) et ont réalisé dans ce cadre des examens objectifs complets afin de comparer l'état de santé actuel du recourant avec la situation qui prévalait au moment de la décision initiale. Il est notamment rappelé que la Dresse Q\_\_\_\_\_ a estimé que les répercussions sur la capacité de travail secondaires à l'atteinte à la santé étaient surtout consécutives aux troubles ostéoarticulaires et neurologiques. Tel était également le cas en 2009. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que, bien que le rapport d'expertise ne comporte pas un volet spécifique en rhumatologie, le recourant a été soumis à des examens médicaux suffisants permettant d'établir l'existence ou non d'une aggravation de son état de santé depuis le 30 mars 2009, ce d'autant plus que les conclusions du rapport d'expertise ont été approuvées par une spécialiste en rhumatologie. Nul doute en effet que s'il avait été

nécessaire d'astreindre le recourant à des examens complémentaires, cette spécialiste l'aurait signalé.

#### **E. 17**

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise est basé sur trois examens du recourant et contient des anamnèses familiale, sociale et professionnelle détaillées. Les experts ont procédé à une étude approfondie du dossier, lequel comportait toutes les pièces pertinentes, y compris les clichés radiologiques, et ont dûment pris en considération les plaintes du recourant. Ils ont en particulier expliqué les raisons pour lesquelles ils excluaient l'existence d'élément nouveau cliniquement significatif par rapport à la situation qui prévalait en mars 2009. Leurs conclusions sont dûment motivées et apparaissent des plus convaincantes.

A/3348/2014 - 21/24 - Ce document répond donc aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Reste à examiner si d'autres appréciations sont susceptibles d'écarter les conclusions des experts.

#### **E. 18**

a. Le recourant allègue que des rhumatologues ont notamment constaté l'apparition d'un rétrécissement foraminal, que des neurologues ont diagnostiqué une compression du nerf médian au canal carpien droit, et que son médecin traitant a noté l'apparition d'un diabète difficile à maîtriser. S'agissant du rétrécissement foraminal, la chambre de céans rappelle que ce trouble n'est pas apparu après la décision du 30 mars 2009, comme l'atteste le rapport du Dr D \_\_\_\_\_ du 24 septembre 2007, suite à un scanner ayant révélé des remaniements dégénératifs disco-vertébraux étagés de la colonne cervicale avec des rétrécissements foraminaux modérés en C5-C6 du côté droit et C6-C7 des deux côtés. De plus, les experts avaient parfaitement connaissance de cet état puisqu'ils ont notamment exposé qu'un syndrome radiculaire C6 droit n'était pas exclu compte tenu de la mise en évidence d'un rétrécissement foraminal. Quant à la compression du nerf médian au canal carpien droit, laquelle a été mise en évidence suite à l'examen neurologique du 23 juillet 2013 de la Dresse N \_\_\_\_\_, il est rappelé que l'expert en neurologie a estimé, après avoir étudié ce rapport, qu'il existait de « discrètes anomalies compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance droite » et affirmé qu'il n'y avait pas de modification significative du tableau par rapport à 2008. Enfin, la Dresse Q \_\_\_\_\_ a clairement mentionné que le diabète du recourant n'avait aucune influence sur sa capacité de travail. b. Aucun indice concret ne permet de douter des conclusions des experts, dûment motivées et émises après examen de tous les rapports médicaux du dossier. La chambre de céans relèvera encore que l'appréciation divergente du Dr M \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de son patient n'est pas déterminante, étant rappelé la différence de mandat entre un médecin traitant et un expert, le rôle de ce dernier consistant justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant à son patient. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise et retiendra donc que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé sur les plans ostéoarticulaires et neurologiques, et que les nouveaux diagnostics en médecine interne n'ont aucun effet sur sa capacité de travail. Cette dernière est donc demeurée entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%. En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, les limitations fonctionnelles du recourant sont superposables à celles de 2009.

## **E. 19**

Enfin, le recourant soutient que son âge constitue un motif de révision et que ses perspectives de retrouver un emploi sont désormais nulles, de sorte que sa perte de gain est totale.

A/3348/2014 - 22/24 -

## **E. 20**

a. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108). Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations s'appliquent sans restriction. Il s'agit en particulier d'examiner, même si la capacité de travail est demeurée inchangée dans un emploi adapté, si l'assuré a encore une chance de retrouver un emploi en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, et, le cas échéant, de revoir l'abattement sur le salaire statistique en raison de l'âge de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012). Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit, tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et est un paramètre inéluctable pour tous les assurés. Il ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre à une rente entière (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_50/2010 du 6 août 2010 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_156/2011 du 6 septembre 2011). b. La chambre de céans a été amenée à statuer sur le cas d'une assurée qui avait déposé une nouvelle demande, après que l'OAI lui ait refusé l'octroi d'une rente au motif que son degré d'invalidité était insuffisant. Dans cette affaire, il a été jugé que c'était à juste titre que l'OAI avait considéré que, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci était restée entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que c'était également conformément au droit que l'OAI n'avait pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité (ATAS/603/2014 du 13 mai 2014).

## **E. 21**

En l'occurrence, il ne s'agit pas d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite mais d'examiner si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit.

A/3348/2014 - 23/24 - Dans la mesure où la chambre de céans est parvenue à la conclusion qu'un tel changement n'était pas justifié par la situation médicale du recourant, lequel est resté capable d'exercer une activité lucrative adaptée à temps complet avec une diminution de rendement de 30%, et que sa situation assécurologique n'a pas connu d'évolution significative depuis le moment où une rente d'invalidité lui a été refusée, le simple écoulement du temps, qui n'est pas une atteinte à la santé, ne saurait à lui seul légitimer l'octroi d'une rente. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité.

## **E. 22**

Mal fondé, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3348/2014 - 24/24 - 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.