

GE_GERICHTE ATAS/754/2011 vom 17. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_754_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/754/2011 du 17 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/754/2011 del 17 agosto 2011

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) 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

A/468/2011 - 7/12 - 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Par conséquent, le recours du 17 février 2011 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA) contre la décision du 18 janvier 2011. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification significative des faits déterminant ses droits.

E. 5

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 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 130 V 68 consid. 5.2.3 et ATF 117 V 200 consid. 4b ainsi que les références). 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la

A/468/2011 - 8/12 - question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 6

L'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits. Au vu de la jurisprudence précisant la chronologie de l'examen de la nouvelle demande par l'administration, la Cour de céans doit se limiter à examiner si c'est à tort ou à raison que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI). En l'espèce, à l'époque de la décision de refus de rente du 19 octobre 2004, sur le plan physique, les Drs A _____ et C _____ avaient diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques et observé la présence de troubles dégénératifs modérés (débord discal rétrécissant le récessus latéral L4-L5 gauche et affaissement du plateau vertébral supérieur de L4 avec ostéochondrose nette au niveau L3-L4), mais divergeaient sur l'appréciation de la capacité de travail. Le premier considérait qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail dès le 1er décembre 2002, alors que le second retenait une incapacité de travail entière dans l'activité de chef d'équipe dans la construction et une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée après mesures de réadaptation professionnelle. Dans son arrêt du 28 septembre 2005, le TCAS a expliqué pourquoi il ne pouvait pas suivre l'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr C _____ et pourquoi il se basait sur celle de l'expert A _____. Sur le plan psychique, le Dr B _____ diagnostiquait une réaction dépressive prolongée alors que le Dr D _____ retenait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, étant précisé que ces deux spécialistes s'accordaient sur le fait que ces troubles n'entraînaient pas

d'incapacité de travail.

A/468/2011 - 9/12 - A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit divers rapports médicaux dont il ressort qu'il a souffert d'un hémangiome vertébral L2 actif et qu'il a subi, le 4 décembre 2009, une vertébroplastie en raison de l'hémangiome qui était susceptible de participer aux symptômes rachialgiques. Une IRM pratiquée le 15 décembre 2010 a mis en évidence notamment un status post-cimentoplastie de L2, un remaniement de type MODIC II et mixte de la colonne lombaire et une protrusion discale L4-L5 associée à un contact extra-foraminal L4 droit. Le diagnostic actuel est lombosciatalgies bilatérales communes chroniques. Sur le plan psychiatrique, l'aggravation de l'état psychique du recourant consiste en un sentiment de révolte et d'incompréhension face au refus de l'intimé de le faire examiner par ses experts. Bien que, sur le plan physique, l'état de santé a évolué avec l'apparition d'un hémangiome actif en L2 et de lombosciatalgies à droite, toutefois, selon le rapport du Dr C _____ du 8 mars 2010, l'hémangiome n'a pas d'activité résiduelle et n'est donc plus actif depuis au moins mars 2010 alors que les lombosciatalgies droites ont le même caractère mécanique que les lombosciatalgies gauches connues de longue date. Par conséquent, les nouveaux troubles dont souffre le recourant ne sont pas susceptibles d'expliquer les douleurs actuelles étant précisé que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Sur le plan psychique, le Dr D _____ ne fait pas état d'une aggravation du trouble dépressif déjà connu. Il se borne à mentionner une aggravation de l'état psychique sans poser de nouveau diagnostic relevant de la classification internationale des maladies (CIM-10) ayant une incidence sur la capacité de travail. Par conséquent, il n'existe aucun trouble psychique ayant valeur de maladie et invalidant (cf. ATFA non publié I 49/05 du 13 juin 2005, consid. 4.1). S'agissant des conclusions de l'IRM du 15 décembre 2010, la vertébroplastie L2 est consécutive à l'hémangiome vertébral de même localisation. Selon le rapport du Dr C _____ du 24 juin 2010, cette intervention a été pratiquée parce que cet hémangiome était susceptible de participer aux symptômes rachialgiques, hypothèse qui ne s'est pas vérifiée puisque, lors des consultations des 3 mars et 22 juin 2010, il n'y avait pas de signe ou de symptôme pour une lombalgie spécifique. La protrusion L4-L5 n'est pas nouvelle, car tant le scanner lombaire du 27 août 2002 que l'IRM du 13 décembre 2008 faisaient déjà état, à ce niveau, d'une petite hernie discale médiane et paramédiane appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et discrètement sur les racines L5 en présence d'une protrusion discale nette dans le

A/468/2011 - 10/12 - cadre d'une discopathie rétrécissant le récessus latéral gauche. Même si sa localisation a changé puisqu'elle est maintenant foraminale et extra-foraminale, cette protrusion discale L4-L5 était déjà en contact à l'époque avec la partie antérieure du fourreau dural et les racines L5 sans que les médecins aient considéré que cette discopathie justifiait les douleurs invoquées par le recourant. Par conséquent, le contact radiculaire qui est cette fois en L4 n'explique pas davantage les douleurs actuelles

puisque aucun médecin ne retient que l'apparition des lombalgies à droite serait due à cette nouvelle situation étant rappelé que, selon le Dr C _____, elles ont le même caractère mécanique que les lombosciatalgies gauches. Enfin, le remaniement de la colonne lombaire n'est pas davantage nouveau puisqu'il avait déjà été mis en évidence par les IRM de décembre 2007, puis septembre 2008. Le fait qu'il soit considéré comme de type MODIC II est simplement un autre mode d'évaluation qui fait référence à la classification des anomalies de signal T1-T2 des plateaux vertébraux établie par Michael MODIC (Analyse IRM selon Modic : intérêt dans les lombalgies in Résonances européennes du rachis, volume 13 n°40, pages 1650 à 1652). Or, en mars 2010, soit plus de deux ans, respectivement trois ans après ces IRM, le Dr C _____ a précisé qu'il n'y avait pas de signe ou de symptôme pour une lombalgie spécifique, partant que les douleurs dont souffre le recourant ne sont pas confirmées par le status clinique de sorte qu'elle ne peuvent pas justifier une invalidité. Quant à l'incapacité de travail en relation avec les lombalgies, aucun spécialiste ne procède à son évaluation. Seul le Dr F _____ mentionne, dans de simples certificats, une incapacité de travail depuis le 31 janvier 2001 qui n'est toutefois pas motivée et dont le TCAS s'est écarté dans son arrêt du 28 septembre 2005. A ce sujet, il convient de préciser que, selon son rapport du 10 février 2011, le médecin traitant ne s'occupe que des problèmes de hypertension artérielle, hypercholestérolémie et status allergique avec asthme épisodique de sorte qu'il n'est pas en mesure d'évaluer en pleine connaissance de cause la capacité de travail du recourant s'agissant des lombalgies et des troubles psychiques. A relever que ces certificats font également état d'une reprise du travail à 100% dès le 1er février 2011, respectivement dès le 1er avril 2011, ce qui est en contradiction avec l'aggravation de l'état de santé du recourant invoquée. Quant à l'appréciation du technicien en réadaptation des HUG du 24 mars 2005, elle n'est pas motivée puisqu'elle ne repose que sur ses observations et elle est contredite par le rapport du Dr C _____ du 26 octobre 2007 précisant qu'il était difficile d'envisager une nouvelle demande de rente sans éléments nouveaux qui n'apparaissent pas au status. Par conséquent, les troubles actuels du recourant font partie de la même entité pathologique que celle qui a fait l'objet de la décision initiale de refus de rente, sans qu'une aggravation significative ayant une incidence sur la capacité de travail ne soit rendue plausible.

A/468/2011 - 11/12 -

E. 7

Dans un deuxième moyen, le recourant invoque l'arbitraire de la décision du 18 janvier 2011 au motif que l'intimé n'a pas procédé à des mesures d'instruction complémentaire pourtant considérées comme nécessaires par le médecin du SMR avant de refuser tout réexamen de la situation. Contrairement à ce qu'invoque le recourant, l'intimé a suivi les conclusions du médecin du SMR puisqu'il a demandé au recourant de rechercher auprès de ses médecins les éléments précis d'investigation et de traitement mis en œuvre en lien avec la notion d'aggravation alléguée. Par conséquent, aucun arbitraire ne peut être reproché à l'intimé dès lors que le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité ne s'applique pas dans la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2). Au contraire, il incombe à l'assuré de produire des rapports médicaux pertinents à l'appui de ses conclusions (ATFA non publié I 607/04 du 6 décembre 2005, consid. 3).

E. 8

Dans un dernier moyen, le recourant requiert de la Cour de céans la mise en œuvre d'une expertise médicale. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). S'agissant de l'expertise médicale, dans le cadre de la nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des faits déterminants. Par conséquent, la maxime inquisitoire ne s'applique pas et, partant, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 3.2). Vu ce qui précède, la cause est en état d'être jugée de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/468/2011 - 12/12 - 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.