GE_GERICHTE ATAS/951/2018 vom 22. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_951_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/951/2018 du 22 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/951/2018 del 22 ottobre 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), 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

À 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

A/4450/2017 - 11/17 - 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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision pertinente.

E. 5

a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). 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, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet 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). 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 en se fondant sur l’art. 87 aI. 3 RAI et que l’assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l’affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d’invalidité rendue plausible par l’assuré est réellement intervenue.

A/4450/2017 - 12/17 - c. Lors de l’appréciation du caractère plausible d’une modification influant sur le droit aux prestations, il y a lieu de comparer 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 (ATF 130 V 64 consid. 2), à savoir, plus précisément, de la dernière décision qui a reposé sur un examen matériel du droit au même type de prestation (notamment d’une rente), avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; Michel VALTERIO, Droit de l’assurance-vieillesse et survivants et de l’assurance- invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 3054 ss, not. 3067, 3094 ss). Il ne suffit pas que l’assuré allègue une aggravation de son état de santé ou de sa capacité de gain. Il doit la rendre plausible, c’est-à-dire fournir des indices à l’appui de ce changement, qui convainquent que les faits allégués se sont vraisemblablement produits, mais il ne saurait être exigé de lui qu’il fournisse la preuve de l’aggravation alléguée au degré de la vraisemblance prépondérante exigée de façon générale en matière d’assurances sociales (ATAS/642/2011 du 20 juin 2011 consid. 3b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3100).

E. 6

Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

E. 7

a. En l’espèce, la dernière décision que l’intimé a rendue sur le droit du recourant à une rente de l’AI ayant comporté un examen matériel dudit droit est celle du 22 octobre 2015, ayant refusé au recourant toute prestation au terme d'une longue instruction (demande du 27 septembre 2012), très complète, comportant notamment une expertise pluridisciplinaire

confiée au CEMed (rapport du 1er décembre 2014). Cette décision a été confirmée sur recours, par arrêt de la chambre de céans du 19 septembre 2016. On rappellera à cet égard que la chambre de céans, dans l'arrêt susmentionné, a reconnu au rapport d'expertise du CEMed une pleine valeur probante, écartant de façon motivée toutes les critiques du recourant (ATAS/740/2016, notamment sur le contenu de l'expertise ch.24 p. 8-11 ; sur sa valeur probante, consid.15 dès p.22, et sur la valeur probante des rapports des médecins traitants, généraliste [Dr C_____] et psychiatre [Dr D_____], postérieurs à l'expertise, en particulier le rapport du psychiatre du 24 juin 2015, consid. 15 c et d p. 25 et sv.). Elle a observé que dans le rapport du 1er décembre 2014, les experts sont arrivés aux conclusions suivantes, sur le plan psychique : sur le plan objectif l'évaluation n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique majeure notamment incapacitante. Pas d'humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stable et installée, ni ralentissement psychomoteur, ni culpabilité pathologique. Mémoire et

 concentration sont globalement conservées. Pas d'idéations suicidaires. Dans les plaintes subjectives, comme symptômes persistants et désormais chroniques sont cités les troubles du sommeil dont l'origine est mixte, ainsi qu'une importante fatigabilité et perte de motivation. Les critères en vigueur ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. En ce qui concerne l'anxiété, celle-ci se manifeste principalement sous forme de crises de blocage ou d'oppression respiratoire, d'une fréquence d'environ une à deux fois par semaine, avec ou sans facteurs déclenchants. Sur le plan de la personnalité, l'expertisé se décrit comme une personne appréciant l'ordre, méticuleux dans toutes les tâches, ce qui fait évoquer des traits de personnalité anankastique. C'est le contexte professionnel qui a été la source première de la majoration de sa symptomatologie psychique. En l'absence de plaintes douloureuses, il n'y a pas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux à retenir, par contre on retiendra ceux de trouble panique et de traits de personnalité anankastique. En conclusion, les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une densité et fréquence suffisantes, la capacité de travail est complète en temps et rendement. L'expertisé mentionne une perte de confiance en lui depuis sa perte de contact avec le milieu professionnel : on peut suggérer un coaching pour l'aider à la réinsertion professionnelle (ch.24 p. 11 ATAS cité). S'agissant du plan somatique, il était constaté que les experts ont procédé à des examens radiologiques complémentaires, notamment au vu des plaintes de l'expertisé et par rapport à la détermination de la CT dans l'activité habituelle de ferrailleur. Les experts ont observé que la radiographie de la colonne lombaire face/profil était sans particularité. Le dossier ne comportait aucun document radiologique. Toutefois un compte-rendu d'une radiographie de la colonne cervicale du 5 juin 2012 allait dans le sens de la normalité, vu l'âge du sujet. Au vu de l'évolution favorable et de l'absence de plainte sérieuse exprimée à ce jour, les experts n'avaient pas poursuivi leurs investigations. En revanche, la recherche d'une exigibilité pour la profession de ferrailleur justifiait au moins une imagerie de la colonne lombaire, celle-ci s'étant révélée normale (ATAS cité, ad 24 p.10). b. La nouvelle demande de prestations du recourant, du 22 mars 2017, tend à l’octroi d’une rente d’invalidité, à l’instar de celle qu’il avait présentée le 27 septembre 2012, au surplus pour des motifs de façon prépondérante similaires à celle qu'il avait présentée le 13 mai 2016, ayant abouti à une décision de non-entrée en matière du 6 mars 2007. Il incombe donc bien au recourant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et/ou de sa capacité de gain depuis octobre 2015 pour que l’intimé soit tenu d’entrer en matière sur sa nouvelle demande. En examinant les documents successifs produits par l'assuré à l'appui de ses nouvelles demandes de

prestations (rapports du Dr D_____ des 19 décembre 2016 et 2 mars 2017), la chambre de céans relève qu'il ne suffit en tout état pas d'avoir ajouté un nouveau diagnostic (en l'espèce celui d'alexithymie, dont la signification est énoncée dans le rapport du 19 décembre 2016, mais nullement rapprochée de la

A/4450/2017 - 14/17 - situation particulière du patient) à ceux, préexistants, et ayant tous été écartés par les experts du CEMed (anxiété généralisée, trouble panique, TSD),; ce diagnostic a d'ailleurs été abandonné dans le rapport suivant du Dr D_____ du 2 mars 2017, remplacé par celui de dysthymie - non discuté non plus - pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Aucun de ces deux rapports ne permet en effet de voir en quoi l'état de santé du patient se serait aggravé depuis la dernière décision entrée en force, et notamment en quoi les diagnostics écartés à l'époque par les experts du CEMed seraient justifiables, quelques semaines sinon mois après que la chambre de céans les avait écartés. En somme, le psychiatre traitant a tenté de justifier une aggravation en présentant en réalité une même situation, mais d'une autre manière, sans pour autant apporter la moindre plausibilité. Comme le relevait déjà la chambre de céans dans son arrêt de septembre 2016, l'avis du Dr D_____ avait beaucoup fluctué, et il s'était en définitive prononcé pour une incapacité de travail totale, sans expliquer de façon convaincante l'aggravation alléguée de l'état de santé psychique de son patient après l'amélioration qu'il avait constatée en 2013, corroborant l'avis du premier expert psychiatre, le Dr G_____, du début 2013 (ATAS cité p.25). La chambre de céans avait d'ailleurs observé qu'aucun des médecins traitants, dans les documents médicaux établis après l'expertise de décembre 2014, ne se prononçait à son sujet, ni ne faisait état d'éléments objectivement vérifiables, qui auraient pu avoir été ignorés dans le cadre de l'expertise, et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. En pratique, les médecins traitants, et le Dr D_____ en particulier, ont toujours décrit la même situation de leur patient, depuis l'été 2013, époque où il avait été déclaré inapte au placement par l'administration du chômage. Dès ce moment-là, ils ont toujours considéré leur patient comme incapable de travailler à 100 %, et ils n'ont plus varié depuis lors ; ceci sans pour autant justifier leur position par rapport à la situation qui prévalait au moment du premier refus fondé sur un examen complet du dossier, en 2015, respectivement en septembre 2016 (arrêt de la chambre de céans). Il n'en va pas différemment du rapport du 11 septembre 2017. Le Dr D_____ y présente toutefois la chronologie et l'origine de son intervention d'une manière biaisée : il situe la demande de suivi psychiatrique du patient auprès de lui à l'époque de sa deuxième demande de prestations (13/05/2016), alors qu'il est déjà mentionné dans la demande de prestations du 27 septembre 2012, que le premier rapport médical émanant de lui, versé au dossier, date du 18 janvier 2013, et dans lequel il indique suivre le patient depuis le 26 juin 2012 (en cours). Il explique ensuite que « depuis le début d'un suivi psychiatrique auprès de mes soins, je constate que (le patient) présente une dépression chronique de l'humeur. Les épisodes de dépression ne sont pas d'une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger moyen. (Le patient) a présenté toutefois à plusieurs reprises des idées noires. ». S'agissant de l'évolution de l'état de santé et de la description de la situation actuelle (au moment de l'établissement de son rapport), il allègue que « depuis une année environ, le patient est en train de

A/4450/2017 - 15/17 - manifester une péjoration de son état psychique. Les symptômes de la ligné (sic !) dépressive sont très présentent (sic !), le patient ayant une conduite d'évitement généralisée ». On ne peut guère voir dans cette description (en fonction de ses

rapports médicaux antérieurs, et notamment ceux précédant l'expertise de 2014) qu'un état, au mieux stationnaire, mais en tout cas pas aggravé de façon plausible. Du reste les éléments anamnestiques retenus par le psychiatre traitant dans ce document sont totalement incompréhensibles, tenant sur trois lignes, mélangeant ce qui paraît affecter le patient (tabagisme actif, SAS), et l'évocation, dans la même phrase, d'une notion d'AVC chez son père décédé à l'âge de 85 ans, et une sœur plus âgée souffrant d'un diabète de type 2 ! Le psychiatre traitant ne justifie pas davantage que précédemment l'incapacité de travail de 100 %. C'est donc à juste titre que le SMR, qui a régulièrement pris position par rapport aux rapports successifs du psychiatre traitant et du généraliste, a considéré que l'aggravation alléguée n'avait pas été rendue plausible. Quant au rapport complémentaire du 17 janvier 2018 du Dr D_____, outre le fait qu'il est postérieur à la décision entreprise, il n'apporte rien de plus que les précédents. c. Quant aux diagnostics somatiques, certes le recourant a-t-il produit, à l'appui de son recours, soit postérieurement à la décision entreprise, le rapport de son généraliste traitant, le Dr C_____, du 30 octobre 2017 : ce médecin rappelle suivre le patient depuis treize ans ; il se réfère aux diagnostics retenus parmi d'autres par le psychiatre traitant de TSD, rappelant ainsi que le patient souffre d'importants problèmes psychiques et organiques, mais apportant un élément nouveau : il produit en effet le rapport d'un scanner cervical pratiqué le 25 octobre 2017, postérieurement aussi à la décision dont est recours, et qui conclut à l'existence d'un état dégénératif C4-C5 et C5-C6 avec rétrécissement foraminal osseux, à ces deux niveaux, lié à des ostéophytes dorsaux. Le Dr C_____ conclut que ces nouvelles données montrent aussi une origine organique des douleurs qui augmentent la souffrance du patient. Selon lui, ces nouveaux éléments, ajoutés aux lombalgies et aux problèmes psychiatriques, montrent que le travail comme ferrailleur de chantier n'est pas compatible ni exigible. Ceci dit, le médecin généraliste se borne à considérer que cette nouvelle atteinte à la santé associée à celles préexistantes, sur les plans psychique et somatique (lombalgies), déjà totalement invalidantes selon lui, montre que l'activité de ferrailleur de chantier n'est pas compatible ni exigible. Il ne se prononce en revanche pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la compatibilité avec une activité adaptée, le cas échéant. Quoi qu'il en soit, force est de constater que cette atteinte est bien nouvelle, dès lors qu'elle n'existait pas, à l'époque de l'expertise du CEMed à fin 2014 : à l'époque, les examens complémentaires radiologiques ne montraient pas d'anomalies de cet ordre, raison pour laquelle les experts avaient, sur le plan somatique, écarté tous diagnostics incapacitants. En revanche, cette atteinte est postérieure à la décision entreprise, puisqu'elle a été mise en évidence après coup, quelques jours avant le

A/4450/2017 - 16/17 - dépôt du recours. Du reste, lors de son audition par la chambre de céans en octobre 2018, soit une année après la découverte de cette atteinte, (scanner cervical du 25 octobre 2017), le recourant a indiqué à la chambre de céans : «Il (le Dr C_____) me prescrit également de la physiothérapie, car, j’ai oublié de vous dire, depuis une année j’ai un peu mal au dos, soit entre l’épaule et la nuque et d’ailleurs je crois que je vous ai envoyé un rapport de scanner (30 octobre 2017). ». À ce stade, on ne peut que remarquer que cette nouvelle atteinte semblait en tout cas asymptomatique au moment où la décision entreprise a été rendue, et en tout état, était inconnue de l'intimé au moment où il a rendu sa décision. Selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales, saisi d'un recours contre une décision de refus d'entrer en matière, doit statuer en fonction de l'état du dossier au moment où la décision querellée a été rendue. On ne saurait donc prendre en considération cet élément nouveau. De même, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de cet élément nouveau, lorsqu'il a nié le caractère plausible d'une aggravation de l'état de

santé du recourant. d. En conclusion, faute d’indice d’une aggravation vraisemblable suffisamment significative de l’état de santé et/ou de la capacité de gain du recourant depuis le 22 octobre 2015, l’intimé était en droit de refuser d’entrer en matière sur la demande de rente que l'assuré a présentée le 22 mars 2017.

E. 8

Le présent recours sera donc rejeté.

E. 9

Dans la mesure toutefois où le recourant a produit à l'appui de son recours du début novembre 2017 un document médical laissant supposer une nouvelle atteinte à la santé, objectivée par un examen radiologique, il appartiendra à l'OAI d'examiner cet aspect, et de le traiter sous l'angle d'une nouvelle demande de prestations, prenant date au début novembre 2017.

E. 10

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/4450/2017 - 17/17 - 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.