

## **GE\_GERICHTE A/1744/2011 vom 18. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1744\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1744_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1744/2011 du 18 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1744/2011 del 18 maggio 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.05.2012  
A/1744/2011

A/1744/2011 ATAS/718/2012 du 18.05.2012 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 06.07.2012, rendu le 09.01.2013, REJETE, 9c\_516/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1744/2011 ATAS/718/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 mai 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur P \_\_\_\_\_, domicilié à Plan-les-Ouates, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur P \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1954, a travaillé comme maçon jusqu'au 16 juin 1997, date à partir de laquelle il a cessé toute activité lucrative pour raisons de santé. Le 12 mai 1998, l'intéressé a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qui, par décision du 4 novembre 2002, lui a reconnu le droit à une rente entière du 1er juin 1998 au 31 août 1999. L'OAI a en effet considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré au point qu'il avait recouvré une capacité de gain entière, point confirmé par un stage d'observation professionnelle, à l'issue duquel les experts ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 75% sur un plein temps, voire même de 100% après un stage de réentraînement à l'effort. Le 11 novembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans un arrêt ATAS/953/2004 , a admis partiellement le recours interjeté par l'assuré, en ce sens qu'il lui a reconnu le droit à des mesures de reclassement. Saisi à son tour par l'assuré, le Tribunal fédéral a statué en date du 12 octobre 2006 (ATFA I 21/05) et a partiellement admis le recours, en ce sens qu'il a prolongé l'octroi de la rente entière de trois mois (du 31 août au 30 novembre 1999). Dans son arrêt, le TF, à l'instar de l'OAI et du Tribunal cantonal, a considéré que l'assuré, s'il ne pouvait certes plus assumer son ancienne activité de maçon, pouvait en revanche exercer à plein temps une activité adaptée. En juillet 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, que l'OAI a rejetée par décision du 6 mai 2008, au motif que les éléments recueillis lors de l'instruction n'avaient démontré aucune aggravation objective de l'état de santé de l'assuré. Cette décision été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 11 décembre 2008 (ATAS\_1500\_2008). Le Tribunal a constaté que le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin traitant, n'avait fait état d'aucune aggravation de l'état de son patient et que l'on ne pouvait non plus tirer la conclusion d'une telle aggravation du rapport de la fondation PRO qui préconisait qu'un taux d'occupation de 50 % soit privilégié afin de s'assurer que l'intéressé puisse conserver sur le long terme un bon rendement en temps et en qualité. Le 25 janvier 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande visant l'octroi d'une rente. Invité à rendre l'aggravation qu'il invoquait plausible, l'assuré a produit un bref certificat de son médecin traitant, le Dr Q \_\_\_\_\_, daté du 11 mars 2011, indiquant qu'il suivait

régulièrement l'assuré depuis plusieurs années, que celui-ci avait été pris en charge par le Dr R\_\_\_\_\_ pour une aggravation de ses dorso-lombalgies, qu'au surplus, un syndrome d'apnées du sommeil avait été découvert, qui était néanmoins désormais sous contrôle, et qu'enfin, que l'assuré souffrait d'une toux persistante. Par décision du 9 mai 2011, l'OAI l'a rejetée motif pris de l'absence d'élément médical objectif nouveau mettant en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Par écriture du 8 juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1er janvier 2011. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 juillet 2011, a conclu au rejet du recours en faisant remarquer que le seul certificat médical produit par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande n'avait pas permis de rendre plausible une modification déterminante de son état de santé. Le 18 août 2011, l'assuré a complété son recours se référant à l'avis du Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier, dans un bref courrier du 9 juin 2011, relate que l'assuré lui a dit être en arrêt de travail depuis 1997. Il émet l'avis qu'en présence d'une aussi longue période d'incapacité et en présence de troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire, la reprise d'une activité de maçon est très peu probable. Le médecin ajoute que la reprise d'une activité adaptée lui semble possible mais difficile sur le plan pratique au vu de l'âge de l'assuré et de sa longue période d'inactivité. Le recourant admet qu'une reprise du travail dans une activité adaptée mérite d'être tentée mais soutient qu'elle ne pourra se faire sans un soutien extérieur approprié. Il conclut en conséquence à l'octroi d'une mesure de reclassement, ajoutant qu'il « accepterait aujourd'hui de retirer sa demande de rente AI moyennant prise en charge par l'AI d'une seconde et dernière mesure d'aide au placement dans une activité professionnelle sédentaire à un taux de 75 % au plus ». Par écriture du 22 août 2011, l'intimé a fait remarquer que l'objet du litige se limitait à la question de savoir s'il y avait eu ou non aggravation de l'état de santé de l'assuré. Par écriture du 7 septembre 2011, l'assuré a demandé l'audition du Dr R\_\_\_\_\_ et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2011. Une audience s'est tenue en date du 6 octobre 2011 au cours de laquelle a été entendu le Dr R\_\_\_\_\_ qui, en substance, a confirmé la teneur de son courrier du 9 juin 2011. Le témoin a ajouté qu'il lui semblait que la situation de l'assuré s'était péjorée depuis 2009 sur le plan des douleurs. Il a ajouté n'avoir cependant pas procédé à un nouvel examen radiologique au vu du fait que rien dans son examen ne l'y incitait. Dans ses conclusions après enquête du 20 octobre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il soutient que si le Dr R\_\_\_\_\_ conclut certes à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, cela ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, d'autant que l'allégation selon laquelle les douleurs se seraient aggravées n'a pas été confirmée par des observations médicales concluantes ou un nouveau diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue. Quant au recourant, il a également persisté dans ses conclusions par écriture du 31 octobre 2011. Il soutient que sa situation est lentement évolutive et que l'OAI aurait dû procéder à une réévaluation clinique de sa situation. EN DROIT 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 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige se limite à la question de savoir non pas si le recourant a rendu l'aggravation de son état de santé plausible - puisque l'intimé a formellement rejeté sa demande et, ce faisant, est entré en matière - mais si l'aggravation alléguée doit être confirmée et si elle est susceptible d'ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y

a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGGA), 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). En l'espèce, il y a donc lieu de vérifier s'il y a bien eu aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 6 mai 2008, date de la précédente décision de l'OAI. A l'époque, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin traitant, avait mentionné à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : des douleurs lombaires L5-S1 et un canal lombaire étroit, des malaises sans origine organique décelée, une inadaptation socioculturelle en raison de la langue, une surdité de perception type traumatisme acoustique, des gonalgies droites correspondant à une gonarthrose débutante et une déchirure du ménisque interne. Force est de constater que le nouveau certificat établi par le Dr Q \_\_\_\_\_ et produit par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande ne met en évidence aucune aggravation objective susceptible d'influencer les droits de son patient puisque le syndrome d'apnées du sommeil évoqué est « sous contrôle », que l'augmentation alléguée des dorsolombalgies n'est étayée par aucun argument objectif et qu'une « toux persistante » ne saurait être considérée comme invalidante. Quant au Dr R \_\_\_\_\_, il n'avance lui non plus aucun élément médical objectif permettant de conclure à une aggravation. Le médecin se livre à une appréciation de la capacité de réinsertion de l'assuré basée sur des éléments ne relevant ni du domaine médical ni de celui de l'assurance-invalidité et admet d'ailleurs n'avoir pas jugé utile de procéder à un nouvel examen radiologique car « rien dans son examen ne l'y incitait ». Dans ces circonstances, force est de constater que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de l'assuré puisqu'aucune aggravation n'a pu objectivement être mise en évidence. On ne saurait à cet égard reprocher à l'intimé de n'avoir pas mis en œuvre d'examen complémentaires auxquels le médecin traitant a lui-même renoncé. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un

délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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