

GE_GERICHTE A/468/2011 vom 17. August 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_468_2011

FR: GE_GERICHTE A/468/2011 du 17 août 2011

IT: GE_GERICHTE A/468/2011 del 17 agosto 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à Genève, représenté par le Syndicat UNIA GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur S _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1958 et maçon de profession, présente une incapacité de travail de 100% depuis le 31 janvier 2002. Le 14 mars 2003, il a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2002 mise en œuvre par l'assureur-maladie perte de gain, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a notamment diagnostiqué des lombalgies non spécifiques. Il a relevé qu'un scanner lombaire du 27 août 2002 montrait des troubles dégénératifs modérés et la présence d'une ostéochondrose nette au niveau L3-L4 où l'on observait un affaissement du plateau vertébral de L4 dans son aspect antérieur pouvant correspondre à une ancienne lésion traumatique. L'examen ostéoarticulaire mettait en évidence des signes nets d'exagération ainsi qu'une musculature des épaules et du rachis très bien développée, démontrant une probable utilisation régulière de ces groupes musculaires. Ce dernier élément était en contradiction tant avec un arrêt de travail qui durait depuis dix mois qu'avec les déclarations du patient disant ne rien faire de toute la journée. D'un point de vue rhumatologique, le diagnostic n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, car l'assuré présentait des lombalgies banales ne pouvant pas expliquer un si long arrêt de travail. Par conséquent, le patient devait être remis au travail. Si la reprise du travail s'avérait impossible, il y avait lieu de mandater un psychiatre. Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2003 également mise en œuvre par l'assureur-maladie perte de gain, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué provisoirement une réaction dépressive prolongée (F 43.21). Il lui semblait difficile de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qui impliquait l'existence réelle de douleurs non explicables par une atteinte physique alors que l'expertisé présentait une atteinte physique de la colonne, apparemment modérée, pouvant expliquer certaines douleurs, notamment en cas de travaux lourds. Toutefois, l'exagération manifeste des douleurs dont avait fait preuve l'assuré lors de l'examen empêchait de savoir s'il existait également, en plus des douleurs d'origine somatique, une part de douleurs « psychogènes » permettant de poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Par conséquent, le diagnostic demeurait réservé car, soit l'expertisé ne souffrait que de douleurs strictement d'origine somatique et il ne lui appartenait pas d'évaluer leurs répercussions fonctionnelles et professionnelles, soit il existait une part psychogène d'authentiques douleurs se surajoutant aux douleurs d'origine somatique et, dans ce cas, il faudrait ajouter le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La réaction dépressive prolongée consistait en un état dépressif modéré, donc en principe non

invalidant, qui ne justifiait pas de mesures de réadaptation ou d'invalidité. L'hypothèse de douleurs constantes, intolérables et gravement incapacitantes même pour des gestes de la vie quotidienne courants ne pouvait pas être retenue. Par conséquent, l'évaluation de la capacité de travail devrait se faire uniquement sur la base de l'état somatique objectivable ainsi que des limitations fonctionnelles et professionnelles que cet état pouvait justifier chez un travailleur du bâtiment. Il n'était pas exclu que le suivi psychiatrique, qui venait de débiter, révélât l'existence de troubles psychiatriques d'intensité plus sévère que ce que le comportement de l'expertisé permettait de constater actuellement. Dans un rapport du 4 avril 2003, le Dr C _____, chef de clinique de la Division de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques depuis janvier 2002, une périarthrite de la hanche gauche chronique depuis juillet 2002 et un état dépressif réactionnel depuis février 2003. En reprenant l'historique des douleurs, on avait été dans un premier temps en présence d'une lombalgie très localisée pouvant parfaitement correspondre aux trouvailles radiologiques en L4-L5 (discopathie). Les interventions thérapeutiques étaient restées sans effet et progressivement on avait assisté à une chronicisation des douleurs avec tous les signes habituellement décrits dans ce genre de situation. Plus récemment étaient venus s'ajouter des éléments sociaux qui avaient encore empiré la situation. Dans un nouveau rapport du 30 septembre 2003, le Dr C _____ a diagnostiqué une lombalgie commune chronique. Sur la base des éléments radiologiques, il a fait état d'un débord discal rétrécissant le récessus latéral L4-L5 gauche et d'un affaissement du plateau vertébral supérieur de L4 avec une ostéochondrose nette au niveau L3-L4. Sur le plan psychologique, il a noté un état dépressif réactionnel, et d'un point de vue social, l'anamnèse révélait un important retrait social non seulement lié à l'arrêt de travail, mais également à divers problèmes familiaux. En prenant en compte ces divers aspects, l'incapacité de travail en tant que chef d'équipe dans la construction était de 100% en avril 2003. Une activité adaptée pourrait être de 50%, après reclassement professionnel. Dans un rapport du 27 avril 2004, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que son patient souffrait de douleurs lombaires chroniques et d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive apparu en 2002. Il avait initié le traitement le 12 mars 2003. Les symptômes dépressifs avaient été déclenchés par les difficultés socio-professionnelles et les douleurs chroniques. Ce trouble de l'adaptation ne justifiait pas une incapacité de travail. S'agissant des douleurs chroniques, il ne se prononçait pas, le patient étant traité aux HUG. A la suite de l'opposition formée contre la décision du 23 mars 2004 refusant toutes prestations au motif que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de chef d'équipe, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) a confirmé sa position par décision du 19 octobre 2004. A la suite du recours formé, le 19 novembre 2004, contre cette dernière décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a rejeté le recours par arrêt du 28 septembre 2005 (ATAS/815/2005) au motif que les rapports d'expertise des Drs A _____ et B _____ avaient pleine valeur probante et que les rapports médicaux postérieurs ne sauraient remettre en question leur appréciation. Faisant sienne les conclusions des experts, il a retenu une capacité de travail exigible entière dans l'activité habituelle. L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt qui est entré en force. Le 17 mai 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle. Il présentait depuis 2002 des lombalgies chroniques, un hémangiome et une dépression chronique. Il n'a joint aucun rapport médical à sa demande. Par courrier du 26 mai 2010, l'OAI a observé qu'une

nouvelle demande devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée depuis la dernière évaluation de manière à influencer le droit aux prestations. Par conséquent, il a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour lui communiquer tout document utile à cet effet. Les 3 et 28 juin 2010, l'assuré a transmis à l'OAI divers rapports médicaux. Dans un rapport du 24 mars 2005, le technicien responsable de l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG a conclu, au vu de ses observations, que l'assuré n'était définitivement plus plaçable dans l'économie libre et que seul un rendement occupationnel à 50% en milieu protégé était envisageable, car son rendement était inférieur à 25%. Dans un rapport du 24 avril 2006, le Dr C _____ a indiqué que l'assuré avait constaté depuis trois semaines une importante exacerbation des douleurs lombaires basses gauches. Il a notamment diagnostiqué des lombalgies aiguës dans un contexte chronique. Depuis 18 mois, on relevait un enkystement de la pathologie avec un patient qui ne sortait pratiquement plus de chez lui sauf pour faire ses courses et recevoir des soins. Après réexamen de l'assuré pour réévaluation d'une lombalgie chronique, dans un rapport du 26 octobre 2007, le Dr C _____ a précisé que le patient décrivait une augmentation des symptômes, mais surtout l'apparition de cervicalgies gauches depuis quelques semaines. D'un point de vue social sa situation avait continué à se dégrader. Il vivait seul et ne semblait plus avoir de vie sociale sauf quelques contacts téléphoniques avec sa fratrie vivant au Portugal. Il était difficile d'envisager une nouvelle demande de rente sans éléments nouveaux qui n'apparaissaient pas au status. On pouvait envisager de refaire un bilan radiologique afin de mettre en évidence une différence par rapport aux examens antérieurs. Après réexamen de l'assuré en raison de l'apparition de douleurs lombaires droites, dans un rapport du 8 mars 2010, le Dr C _____ a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques et une vertébroplastie L2 en raison d'un hémangiome actif. L'assuré se plaignait depuis quelques mois également de douleurs lombaires droites parasacrées droites. Elles avaient le même caractère mécanique que les lombosciatalgies gauches connues de longue date. Il n'y avait pas de signe ou de symptôme pour une lombalgie spécifique. L'examen clinique montrait une extension de la zone de dysfonction ostéoarticulaire. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une activité résiduelle de l'hémangiome. Dans un nouveau rapport du 24 juin 2010 consécutif aux consultations des 3 mars et 22 juin 2010, le Dr C _____ a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales communes chroniques. Une vertébroplastie avait été réalisée, le 4 décembre 2009, en raison d'un hémangiome actif L2 susceptible de participer aux symptômes. L'examen clinique révélait une contracture musculaire de la péri-hanche droite qui était absente jusqu'alors. Il était frappé par une dysthymie et un aspect négligé beaucoup plus marqué que l'an dernier. A la suite de l'avis du 6 octobre 2010 du Dr E _____, médecin du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après : SMR), relevant qu'aucun compte rendu d'examen complémentaire n'était annexé aux divers rapports médicaux, l'OAI a fixé un délai de 15 jours à l'assuré pour lui fournir les éléments précis d'investigation et de traitement mis en œuvre en rapport avec la notion d'aggravation rapportée. Dans un certificat du 8 novembre 2010, le Dr D _____ a précisé que, s'agissant de l'aggravation de son état psychique, le patient décrivait un sentiment de révolte et d'incompréhension face au refus de l'assurance-invalidité de faire procéder à un examen par ses experts. Pour sa part, le Dr F _____, médecin de la Permanence de Cornavin SA, a indiqué à l'OAI, le 9 novembre 2010, qu'il encourageait son patient à reprendre contact avec le Dr C _____ de façon à compléter la notion d'aggravation et les mesures thérapeutiques entreprises ou envisagées. Par projet de décision du 23 novembre 2010, puis

décision du 18 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision. Par acte du 17 février 2011, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire puis, principalement et sous suite de dépens, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Il allègue que le certificat du 7 février 2011 établi par le Dr F _____ retient clairement une incapacité de travail totale et qu'aucun médecin n'a fait état d'une capacité résiduelle de travail. Il observe que les rapports des Drs G _____, F _____ et D _____ concluent à une aggravation de son état de santé consistant en l'apparition de lombalgies droites et d'une dégradation de son status émotionnel et mental. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit le dossier à satisfaction alors que le médecin SMR lui-même jugeait nécessaire de procéder à une instruction complémentaire. Il a joint à son écriture divers documents établis notamment par le Dr F _____, à savoir pour l'essentiel, un certificat du 6 décembre 2010 faisant état d'une incapacité de travail dès le 31 janvier 2002 avec reprise à 100% dès le 1^{er} février 2011, un certificat du 7 février 2011 mentionnant une reprise à 100% dès le 1^{er} avril 2011 et un rapport du 10 février 2011 selon lequel ce médecin ne s'occupait que des problèmes de hypertension artérielle, hypercholestérolémie et status allergique avec asthme épisodique. En outre, le résultat du nouvel examen IRM restait à discuter avec le Dr C _____, sans qu'il y ait à l'heure actuelle de proposition thérapeutique supplémentaire. Le recourant a également produit le rapport du service de radiologie des HUG du 16 décembre 2010 relatif à une IRM de la colonne lombaire qui concluait à un status post-cimentoplastie de L2, un remaniement de type MODIC II et mixte de la colonne lombaire, une protrusion discale L4-L5 associée à un contact extra-foraminal L4 droit. Dans sa réponse du 17 mars 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'agissait de comparer les faits tels qui se présentaient lors de la décision du 19 octobre 2004 avec ceux existant à l'époque de la décision du 18 janvier 2011. Les nouveaux rapports médicaux, notamment celui établi par le Dr C _____, le 22 juin 2010, confirmaient les diagnostics dont l'incidence sur la capacité de travail avait déjà été examinée dans le cadre de la décision initiale. De plus, ce rapport ne faisait état d'aucun élément permettant de conclure à une aggravation notable et objective de l'état de santé du recourant. En effet, il retenait uniquement une majoration de la symptomatologie douloureuse qui était insuffisante pour rendre plausible une modification déterminante des faits ayant une incidence sur le droit aux prestations dès lors que l'allégation de douleurs ne suffisait pas à elle seule à justifier une invalidité, mais devait être confirmée par des observations médicales concluantes. Par conséquent, il n'était pas entré en matière, à juste titre, sur la nouvelle demande du recourant, dès lors qu'il n'existait aucun fait susceptible de rendre vraisemblable une aggravation de l'atteinte à la santé. Le 21 mars 2011, la Cour de céans a communiqué cette écriture au recourant en lui signalant qu'il pouvait consulter les pièces du dossier au greffe. Le 13 avril 2011, elle a informé les parties que la cause était gardée à juger. 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 1^{er} 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables. 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. 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. 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 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). 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 1^{er} 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 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. ATF 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 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 puisqu'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 1 er février 2011, respectivement dès le 1 er 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'apparaissaient 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. 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). 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. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} 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. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le