

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2341/2008

ATAS/186/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 24 février 2010

En la cause

Monsieur L_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1950, d'origine portugaise, a travaillé en Suisse depuis 1988 en qualité de maçon, en dernier lieu pour l'entreprise X_____ SA.
2. Le 10 avril 1989, alors qu'il travaillait sur un chantier, l'intéressé a été victime d'un accident. Suite à la rupture d'un câble de levage de panneaux de coffrage, il a reçu le câble de la grue sur l'arrière de la tête. Les médecins ont diagnostiqué une contusion, sans fracture ; le status neurologique était normal. L'intéressé a bénéficié d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie. Il a été en incapacité de travail de 100% du 10 avril 1989 au 19 avril 1989, date à laquelle il a repris le travail à temps complet. L'assureur-accidents a pris en charge le cas.
3. En mai 1990, un nouveau bilan radiologique conventionnel a été pratiqué au niveau cervical, lequel montrait un rétrolysthésis de C3-C4.
4. Le 29 octobre 1999, l'intéressé a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), en raison d'une aggravation progressive des douleurs dans la nuque depuis l'accident de 1989.
5. Le Dr A_____, médecin généraliste, a adressé un rapport à l'attention de l'OAI en date du 28 avril 2000. Il a diagnostiqué une cervicarthrose C3-C4 avec obturation partielle des trous de conjugaison à droite, un syndrome cervico-brachial bilatéral dominant à droite, une hypertension artérielle et un état dépressif réactionnel chez un malade chronique dont la famille réside au Portugal. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 septembre 1998. Le médecin a relevé que l'assuré avait été victime d'un accident de chantier en 1989, peu investigué, et que les différents traitements n'ont eu qu'un effet temporaire, avec installation d'un état dépressif. Une reprise de travail en tant que maçon était impossible et une réadaptation professionnelle lui paraissait illusoire.
6. L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au COMAI de Lausanne. Dans leur rapport du 31 décembre 2001, les médecins du COMAI relèvent que les examens radiologiques ont montré une discarthrose C3-C4. La consultation de neurologie n'a pas révélé de déficit neurologique et d'un point de vue strictement neurologique, la capacité de travail est complète dans l'activité de maçon. Le rhumatologue a constaté que l'assuré présentait des cervicobrachialgies ou des lombalgies chroniques dans le contexte d'une cervicarthrose minime sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, associées à une hypercontracture de la ceinture scapulaire et pelvienne et d'une fibromyalgie. La capacité de travail dans l'activité antérieure de maçon a été estimée à 70% et dans une activité adaptée, avec prise en charge physiothérapeutique adéquate et médicamenteuse myorelaxante et antalgique, à 100%. Quant au psychiatre, il a diagnostiqué un

trouble dépressif majeur récurrent et un trouble somatoformes douloureux. Selon lui, une réadaptation professionnelle semblait illusoire et la capacité de travail était de 35%, même dans une activité adaptée. Un traitement adéquat de l'état dépressif pourrait permettre à l'assuré de recouvrer en partie une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, ce dans un futur assez éloigné. Lors du colloque de synthèse multidisciplinaire, les médecins du COMAI ont exprimé leurs doutes quant au retentissement réel au niveau de la capacité de travail des troubles psychiques et ont déclaré qu'ils ne partageaient pas l'avis de leur consultant en psychiatrie quant à l'importance de la diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques strictes. Il a été relevé une majoration des symptômes évidente et l'appréciation globale selon le modèle biopsychosocial a conduit le COMAI à conclure à une capacité de travail résiduelle en tant que maçon de 60%. Avec un suivi psychiatrique régulier et éventuellement une augmentation de la dose médicamenteuse, une amélioration de la capacité de travail jusqu'à 70% n'était pas à exclure dans le futur.

7. Dans une note du 2 janvier 2002, le médecin de l'OAI a estimé que l'évaluation psychiatrique faite au COMAI était très insuffisante et a proposé de soumettre ce cas au SMR afin qu'il se prononce sur le diagnostic psychiatrique.
8. La Dresse B _____, du SMR Léman, a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré en novembre 2002. Elle a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'intensité légère, sans comorbidité psychiatrique et a retenu une capacité de travail exigible de 100% du point de vue psychiatrique.
9. Par décision du 10 mars 2003, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'intéressé.
10. L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par l'OAI par décision du 6 août 2004.
11. Par arrêt du 5 octobre 2005, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré. Le recours interjeté par ce dernier auprès du Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt du 4 janvier 2007.
12. L'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 14 mars 2008, tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation et d'une rente.
13. Par courrier du 19 mars 2008, l'OAI a sollicité du recourant tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 4 janvier 2007.
14. Le 10 avril 2008, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, de la clinique de Carouge, a adressé un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il a diagnostiqué un trouble somatoforme, un déficit du vestibulaire droit, un SADAAM avec ostéonécrose temporo-mandibulaire droit et arthrose temporo-mandibulaire

gauche, status post-lavage des articulations sous anesthésie générale en juillet 2007, un reflux gastro-oesophagien, une hypercholestérolémie, un polype colique ablaté en 2005, une hypertension artérielle et une hernie discale C4-C5 gauche. Le médecin a indiqué que ce patient ne travaillait plus depuis 1998 et qu'il avait accepté un suivi psychiatrique fin 2007. Les consultations semblent lui apporter un certain réconfort, mais elles n'ont pas modifié de façon nette l'évolution du patient. Subjectivement, le patient décrit une aggravation des plaintes douloureuses au fil du temps, toutefois, le médecin indique qu'il le suit depuis 2005 et qu'il n'a pas constaté une intensification objective des plaintes. Du point de vue somatique, il n'y a pas d'aggravation notable de son état. Le psychiatre lui a prescrit un arrêt de travail à 50%. Le Dr C_____ l'a complété par un arrêt à 50% qui se justifie par la présence de multiples plaintes, mais surtout la conviction du patient de ne pas pouvoir travailler. Il n'a pas travaillé depuis 10 ans et il est peu probable qu'il retrouve un emploi stable, ce d'autant plus qu'il est convaincu de ne pas pouvoir travailler. Au total, et pour répondre à la demande, le praticien indique qu'il est dans l'incapacité de démontrer une aggravation probante de l'état du patient, bien qu'étant convaincu qu'il est incapable de retravailler au vu de son état psychique actuel et du contexte global.

15. Le Dr D_____, médecin interne du département de chirurgie, service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 14 avril 2008. Il indique que le patient est connu pour un syndrome myofacial global et traité pour cela depuis 2003 par de la physiothérapie suivie d'une gouttière de libération occlusale et, en juillet 2007, d'un lavage articulaire bilatéral. Arrivant au bout de leur armada thérapeutique, les médecins adressent le patient - devant le peu d'amélioration clinique - à la consultation de la douleur.
16. Par projet de décision du 23 avril 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, dès lors qu'une modification des circonstances n'était pas rendue plausible.
17. La Dresse E_____, médecin interne du département de psychiatrie des HUG, a établi une attestation en date du 29 avril 2008. Elle indique que l'assuré est suivi à la consultation de la Jonction depuis le 8 novembre 2007 pour un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il bénéficie en outre d'un traitement médicamenteux psychotrope. Sur le plan clinique, le patient présente de multiples douleurs somatiques, une thymie triste avec perte d'espoir, repli sur soi et isolement social. Il est ralenti sur le plan psychomoteur et son élan vital est diminué. Il présente aussi des troubles du sommeil et une fatigabilité importante. Compte tenu de la chronicité de ses symptômes et de son état clinique, elle appuie la demande AI à 100%.

18. Figure également au dossier un rapport d'observation daté du 20 septembre 2007 établi par l'atelier de réadaptation pré-professionnelle des HUG. L'assuré a effectué un stage du 6 août au 3 septembre 2007, à mi-temps, soit 3 heures par jour, l'après-midi. Il a été constaté que malgré la bonne volonté montrée par l'assuré, l'aptitude au placement est totalement inexistante, en premier lieu dans l'ancienne profession de maçon. Le médecin adjoint répondant, la Dresse F_____, a relevé qu'il n'était pas possible de faire ressortir une piste professionnelle réaliste au regard du très faible rendement constaté dans toutes les activités proposées. L'assuré est aussi apparu comme particulièrement déprimé. Il pourrait éventuellement travailler dans un milieu protégé.
19. Par décision du 28 mai 2008 (intitulée « refus de prestations »), l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations, au motif que les éléments produits dans le cadre de la nouvelle demande du 14 mars 2008 ne permettaient pas de rendre plausible une modification des circonstances depuis sa décision du 6 août 2004.
20. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'intéressé interjette recours en date du 27 juin 2008, complété par écritures du 23 septembre 2008. L'intéressé conclut en substance à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au motif que l'OAI a sous-estimé son état de santé.
21. Le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle en date du 18 mars 2009. L'assuré a expliqué qu'il avait déposé une nouvelle demande car il ressentait toujours des douleurs aux cervicales et aux épaules ; en outre, il présentait des problèmes à la mâchoire depuis 2003. Le mandataire du recourant a exposé que le rapport d'observation professionnelle du service de neuro-rééducation des HUG du 20 septembre 2007 donnait des renseignements intéressants quant à la situation de l'assuré.

Le représentant de l'OAI a relevé que selon les pièces du dossier il n'y avait pas d'aggravation plausible, raison pour laquelle l'OAI n'était pas entré en matière. Le recourant a indiqué au Tribunal qu'il était allé consulter un spécialiste pour les problèmes d'équilibre et a sollicité un délai de deux mois pour produire le rapport dudit spécialiste.

22. Dans le délai imparti, le recourant a produit un rapport d'IRM cérébrale et des rochers établi par l'institut de radiologie La Colline en date du 31 mars 2009 qui conclut à quelques variantes de la norme au niveau du polygone de Willis, un épaississement muqueux en cadre des cellules ethmoïdales et, dans un moindre degré, des sinus maxillaires. L'IRM cérébrale et des rochers est cependant dans les limites de la norme et, en particulier, il n'y a pas de pathologie rétro-cochléaire mise en évidence.

23. Invité à se déterminer, l'OAI produit un avis du SMR du 23 juin 2009, selon lequel l'IRM n'apporte aucun élément si ce n'est qu'elle est parfaitement normale, hormis quelques variations de la norme qui sont parfaitement acceptables et qui n'expliquent toujours pas les plaintes de l'assuré qui sortent du champ médical. Il a persisté dans ses conclusions.
24. Par écriture du 15 septembre 2009, le recourant fait valoir que ses douleurs ont augmenté, que la Dresse G _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales a clairement expliqué dans son rapport du 22 juillet 2008 que sur le plan radiologique ses plaintes concernaient essentiellement le rachis cervico-dorsal et dans une moindre mesure le rachis lombaire. En outre, le Dr H _____, médecin psychiatre auprès du service de psychiatrie adulte des HUG, a repris le traitement et confirmé le diagnostic posé par la Dresse E _____, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif moyen. Il a par ailleurs indiqué que malgré une certaine évolution favorable de l'état de santé psychique, le patient demeurait incapable de travailler à 50%. Le recourant conclut à l'audition des médecins psychiatres, des Drs F _____, G _____ ainsi que de I _____, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidièrement, il conclut à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, notamment rhumatologique et psychiatrique.
25. Après communication des écritures à l'OAI, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est à cet égard recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. La décision litigieuse, bien qu'intitulée « refus de prestations », est en réalité, au vu de son dispositif et de ses considérants, une décision de non entrée en matière. Par

conséquent, l'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande du recourant.

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, 117 V 200 consid. 4b et 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. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2b).

6. En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit divers rapports médicaux qui justifieraient, selon lui, l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Sur le plan somatique, le Dr C_____ fait état, pour l'essentiel, des mêmes diagnostics que les médecins ayant examiné le recourant dans le cadre de la première décision. Il mentionne, certes, encore d'autres diagnostics, ainsi qu'une aggravation subjective des plaintes douloureuses au fil des ans. Cependant, il reconnaît ne pas être à même de démontrer une aggravation probante de l'état de santé du patient. Quant à la capacité de travail, il a prescrit un arrêt de travail de 50 % qu'il justifie par la présence de multiples plaintes, par la conviction qu'il a que le patient est incapable de retravailler au vu de son état psychique actuel et du contexte global, mais surtout par la conviction du patient de ne pas pouvoir travailler. Les observations de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG ne font pas état de faits nouveaux, mais concluent à un rendement diminué, le

patient étant déprimé. Le Dr D_____ ne se prononce pas quant à lui sur la capacité de travail du recourant et indique arriver au bout de la solution thérapeutique. Les diagnostics retenus par la Dresse G_____, à savoir un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif moyen, sont déjà connus et n'apportent rien de nouveau par rapport à l'expertise du COMAI. Seule la capacité de travail résiduelle du recourant est appréciée différemment. Enfin, l'IRM s'est révélée dans les limites de la norme, sans pathologie rétro-cochléaire.

Du point de vue psychiatrique, force est de constater que la Dresse E_____ ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant et que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était déjà connu.

En définitive, le Tribunal de céans constate, au vu des documents produits, que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de rente.

7. Mal fondé, le recours est rejeté.
8. La décision litigieuse ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, il n'y a pas lieu à perception d'un émolument (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

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