

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3082/2007

ATAS/213/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 21 février 2008

En la cause

Monsieur B _____, domicilié c/o M. C _____, au GRAND-
LANCY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____, de nationalité italienne, a été engagé en septembre 1996 par la société X_____ SA en tant que manœuvre chapeur.
2. Le 5 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI). Il a expliqué qu'en raison de troubles dégénératifs de la colonne lombaire, il était, depuis le 20 novembre 2000, dans l'incapacité de continuer à exercer son métier à plus de 50 %.
3. Les Drs L_____ et M_____, du Département de médecine communautaire des HUG, ont rendu un rapport en date du 24 avril 2001.

Ils ont retenu à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'une part, des lombalgies chroniques sur processus arthrosique des articulaires postérieures des vertèbres lombaires et canal rachidien lombaire étroit, d'autre part, une décompensation lombaire depuis septembre 2000.

L'assuré a été dans l'incapacité totale de travailler d'août 2000 au 20 novembre 2000 puis à 50 % du 21 novembre 2000 au 1^{er} mars 2001 puis à 25 % du 2 mai 2001 au 19 avril 2001.

Son état de santé a été décrit comme stationnaire mais susceptible d'aggravation. Les médecins ont estimé que des mesures professionnelles étaient indiquées.

L'examen clinique a mis évidence une importante lordose lombaire associée à une cyphose dorsale avec raccourcissement des chaînes musculaires postérieures ainsi qu'une nette hypo-mobilité dorsale lombaire en extension-flexion et dans les mouvements latéraux.

Les médecins ont précisé que, grâce au dernier traitement d'infiltration, l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle mais ils ont souligné que ce type de traitement ne pouvait améliorer les symptômes que de façon périodique et que l'état de l'assuré ne pourrait vraisemblablement que s'aggraver. Ils ont dès lors réservé leur pronostic à moyen terme dans la profession de chapiste dont ils ont rappelé qu'elle consiste à planifier des sols à l'aide de matériaux lourds, comme du ciment, principalement soulevés avec une pelle. Les médecins ont préconisé d'éviter les horaires de travail irréguliers, ainsi que le travail en hauteur ou sur une échelle.

Les médecins ont conclu à une capacité de travail raisonnablement exigible de 50 % depuis le 20 novembre 2000 et de 100 % dans une autre profession dès le 1^{er} mai 2001.

4. Le 16 décembre 2002, un projet de décision a été adressé à l'intéressé. Constatant que l'assuré avait trouvé un poste de manœuvre machiniste le 1^{er} octobre 2002 et qu'il s'était ainsi "reclassé lui-même", l'OCAI a considéré qu'il n'avait plus besoin d'une réadaptation et a rejeté sa demande de prestations.
5. Une décision en ce sens a été formellement notifiée à l'assuré le 27 janvier 2003. Non contestée par ce dernier, elle est entrée en force.
6. Le 13 août 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente.
7. Interrogé par l'OCAI, l'entreprise Y_____ a indiqué avoir engagé l'assuré le 1^{er} octobre 2002 en tant que manœuvre machiniste, activité rémunérée 29 fr. 05 de l'heure. Le dernier jour de travail effectif de l'assuré remontait au 25 janvier 2003.
8. Le N_____ spécialiste FMH en médecine interne et tropicale, a rendu un rapport en date du 12 novembre 2004.

Il a posé les diagnostics suivants : douleurs intenses et permanentes dans la région de l'os malaire droit, blocage lombaire et lombalgies sur canal rachidien rétréci et arthrose lombaire.

Il ressort de l'anamnèse que le 28 juin 2002, l'assuré a reçu un couvercle de bétonneuse dans la région temporale malaire droite. Il n'a pas consulté immédiatement mais 11 octobre 2002 seulement, pour une douleur dans la région malaire droite. Cette douleur s'est intensifiée au cours de l'hiver 2002-2003 au point que le patient a estimé ne plus pouvoir travailler à compter du 25 janvier 2003. Parallèlement, il souffre également de lombalgies et de sciatalgies droites sans déficit neurologique. Le scanner de la colonne lombaire a mis en évidence un canal lombaire rétréci, particulièrement en L5-S1, et un processus arthrosique important touchant les articulaires postérieures.

Le Dr N_____ a suggéré une contre-expertise pratiquée par un médecin parlant l'italien. Il a fait remarquer que les plaintes de son patient avaient un caractère subjectif et que les différents examens complémentaires ne montraient pas de lésion significative à l'exception d'un canal lombaire étroit et d'un arthrose importante des articulaires postérieures, tout en précisant que le patient ne l'avait cependant pas consulté pour des troubles en rapport avec son affection lombaire. Le médecin n'a pu en définitive véritablement se prononcer sur la répercussion de l'atteinte à la santé de son patient sur son travail.

Le Dr N_____ a joint à son rapport la copie d'un courrier que lui avait adressé le Dr O_____, chef de clinique dans l'unité de chirurgie maxillo-faciale des HUG le 22 mai 2003. Il en ressort que le patient se plaignait de douleurs résiduelles de l'hémiface moyenne et supérieure droite, mal systématisées. Les examens ont

mis en évidence une ancienne fracture de l'os malaire droit, non déplacée. Aucun geste chirurgical n'a été proposé. Le médecin a précisé que le caractère des douleurs ne correspondait pas à une irritation du V2 dans son trajet sous-orbitaire - dont le médecin a précisé que c'est l'une des complications possibles après une fracture malaire. Le médecin a suggéré d'exclure une névralgie du trijumeau par un neurologue en ajoutant qu'en l'absence de névralgie, seul un traitement antalgique simple serait indiqué.

9. Soupçonnant une surcharge psychogène, le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine générale travaillant au Service médical régional AI (SMR), a préconisé une expertise psychiatrique.
10. Cette dernière a été confiée au Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 30 mars 2007, après un entretien avec l'assuré en langue italienne, langue parlée par l'expert.

L'assuré a expliqué souffrir jour et nuit de douleurs au visage depuis l'accident survenu en 2002. Il a ajouté que ses douleurs dorsales s'étaient par ailleurs aggravées.

Du point de vue psychiatrique, l'expert a d'abord posé deux diagnostics différentiels : syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ou majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a indiqué que la douleur intense et persistante ne pouvait s'expliquer entièrement par un processus physiologique mais que l'assuré ne présentait pas de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Jusqu'à l'apparition des douleurs, l'assuré était bien intégré dans la société.

L'expert a finalement penché pour le second diagnostic. Selon lui, l'assuré présente des symptômes physiques compatibles avec ceux initialement dus à une maladie ou à un handicap physique mais ces symptômes se sont amplifiés et ont été entretenus par l'état psychique du patient qui présente un sentiment de détresse face à la douleur, une insatisfaction relative au traitement et à ses investigations.

L'expert n'a relevé ni diminution de la concentration ni tension, ni idée de culpabilité ou de dévalorisation, ni manque de confiance en soi, ni attitude morose et pessimiste face à l'avenir ni diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, raison pour laquelle il a exclu les diagnostics d'épisode dépressif, maladie d'angoisse ou maladie psychotique et a conclu à une capacité de travail de 100 % du point de vue psychiatrique. Selon lui, l'assuré ne présente, du point de vue psychiatrique, aucune limitation sur le plan psychique mental et social.

Il a émis l'opinion que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques devait être interprété dans le cadre d'un problème de

motivation, l'assuré souhaitant obtenir une compensation financière pour une vie économiquement difficile et pour un traitement dont il n'est pas satisfait.

11. Suite à cette expertise, un projet de décision a été communiqué à l'assuré le 11 mai 2007 au terme duquel l'OCAI l'a informé de son intention de lui refuser toute prestation au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.
12. Entendu par un collaborateur de l'OCAI en date du 23 mai 2007, l'assuré a annoncé que son médecin produirait un nouveau rapport médical.
13. Par courrier du 11 juin 2007, le Dr N_____ a relevé que le dernier examen physique sur la personne de l'assuré remontait au 12 novembre 2004 - soit deux ans et demi plus tôt. Il a expliqué que depuis lors, la situation s'était nettement péjorée au niveau du dos de l'assuré en raison de blocages répétés et de douleurs chroniques et que cette symptomatologie pouvait s'expliquer par des lésions évidentes qui avaient été confirmées par un scanner en date du 4 juin 2007. Le médecin a suggéré que l'assuré face l'objet d'une nouvelle expertise orthopédique tout en répétant qu'il était extrêmement important qu'il puisse consulter un médecin parlant couramment l'italien pour saisir avec précision les plaintes formulées.
14. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au Dr P_____ qui a fait remarquer que l'assuré avait déjà invoqué des problèmes dorsaux lors de sa première demande de prestation et que ces derniers ne l'avaient pas empêché de reprendre une activité. Le Dr P_____ a indiqué que l'assuré avait déjà fait l'objet de 3 expertises, que les lésions dégénératives ont tendance à augmenter avec l'âge, que "l'assuré se plaint de son dos [n'était] pas nouveau puisqu'il se plaignait déjà à l'époque" et qu'en l'absence de rapport du service de rhumatologie ou d'orthopédie attestant d'une aggravation des lésions, il n'y avait pas lieu de reprendre l'instruction.
15. Le 25 juillet 2007, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision rejetant sa demande de prestations au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.
16. Par courrier du 10 août 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue que depuis qu'il a déposé sa seconde demande de prestation, son état de santé s'est très nettement péjoré ainsi qu'en a attesté son médecin traitant, le Dr N_____. Il ajoute que ce dernier a pratiqué un scanner qui a confirmé d'importantes modifications dégénératives et s'étonne par ailleurs de n'avoir pas même fait l'objet d'un examen physique par l'expert auquel l'a adressé l'OCAI.
17. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 21 septembre 2007, a conclu au rejet du recours. Il relève que dans son rapport du 12 novembre 2004, le Dr N_____ a lui-même indiqué que les plaintes du patient avaient un caractère subjectif et que les différents examens complémentaires n'avaient pas montré de lésion significative à l'exception d'un canal lombaire étroit et d'une arthrose

importante et des articulations postérieures. L'intimé estime n'avoir eu aucune pièce médicale nouvelle qui attesterait d'une possible détérioration de l'état de santé de l'assuré.

18. Par courrier du 22 octobre 2007, l'assuré a maintenu ses conclusions en indiquant qu'il était prêt à se soumettre le cas échéant à une nouvelle expertise physique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la nouvelle demande de prestations ayant été déposée en août 2004, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA, c'est cette dernière qui s'applique sur le plan matériel (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 13 août 2004.

5. a) 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. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [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).

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. 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), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une

invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré mais l'a rejetée, au motif que l'assuré ne souffrait pas d'atteinte à la santé invalidante. L'intimé s'est essentiellement basé sur le rapport médical du Dr N_____ du 12 novembre 2004 et sur l'avis de l'expert psychiatre.
7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle 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 352 ss consid. 3).
8. Ainsi que cela a été relevé, l'OCAI se réfère au rapport du Dr N_____ du 12 novembre 2004. Or, si ce dernier se montrait effectivement réticent à l'époque, indiquant que les plaintes du patient étaient avant tout subjectives, force est de constater qu'il n'en est plus de même dans le courrier qu'il a adressé à l'intimé le 11 juin 2007. Le médecin y fait clairement état d'une aggravation de la symptomatologie lombaire du patient, attestée par de nouveaux examens dont l'OCAI n'a pas même jugé bon de demander la production. Certes, ainsi que l'indique le Dr P_____, des troubles dégénératifs ne peuvent aller qu'en s'aggravant mais ce postulat ne saurait suffire pour écarter d'emblée l'éventualité d'une invalidité sans même procéder à une évaluation de l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré. L'OCAI ne saurait se baser sur un avis du médecin traitant datant de dix-huit mois - et alors même que ce dernier est revenu depuis lors sur sa position et préconise la mise sur pied d'une expertise orthopédique - pour écarter sans aucune investigation complémentaire l'hypothèse selon laquelle l'aggravation alléguée - et admise par l'intimé puisque ce dernier a accepté d'entrer en matière - prêterait suffisamment la capacité de travail de l'assuré pour influencer son droit aux prestations.

Le Tribunal de céans considère dès lors que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucune investigation approfondie n'a été menée sur le plan orthopédique depuis l'aggravation alléguée.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise rhumatologique par un médecin spécialisé en la matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations du recourant et rende une nouvelle décision.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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); 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

Brigitte LUSCHER

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