

GE_GERICHTE ATAS/1087/2012 vom 3. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1087_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1087/2012 du 3 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1087/2012 del 3 settembre 2012

Erwägungen

E. 24

Le 25 septembre 2007, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale laparoscopique (TEP) et ombilicale en paletot (rapports du Département de chirurgie des HUG - Dr G_____ des 25 et 28 septembre 2007).

E. 25

Par arrêt du 25 juin 2008 (9C 749/2007), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 septembre 2007 en considérant que l'existence de nouvelles

A/784/2012 - 7/23 - limitations fonctionnelles depuis la décision du 6 mars 2001 n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré évaluée à 100 %, qu'en particulier le fait de devoir changer de position plusieurs fois par heure ne pouvait rendre illusoire la mise en valeur de la capacité de travail et qu'il apparaissait très clairement que l'état de santé de l'assuré n'avait subi aucune modification entre le 6 mars 2001 et le 7 mars 2007.

E. 26

Le 8 septembre 2008, l'assuré a requis de l'OAI une aide au placement, d'abord à 50 % compte tenu de sa longue absence du marché de l'emploi et, à moyen terme, à 100 %.

E. 27

Par communication du 23 septembre 2008, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il serait informé du suivi, en particulier d'une date d'un éventuel entretien avec un spécialiste.

E. 28

Les 9 avril, 2 juillet et 12 octobre 2009, l'assuré a sollicité des nouvelles de la part de l'OAI.

E. 29

Par communication du 19 octobre 2009, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il avait interrompu le stage d'orientation professionnelle débuté le 7 septembre 2009 et ordonné une mesure d'orientation professionnelle aux EPI du 30 novembre 2009 au 14 mars 2010.

E. 30

Le 26 octobre 2009, un rapport de la réadaptation professionnelle (démarche de placement) faisant suite à un entretien avec l'assuré a relevé que celui-ci avait abandonné le stage auprès de la Fondation des parkings du 7 septembre 2009 au motif qu'il n'était pas en mesure de suivre les instructions sur le moniteur, mais que le responsable des parkings estimait que l'assuré était capable mais ne mettait pas tout en œuvre pour réussir. Un stage de trois mois aux EPI était proposé.

E. 31

Le 14 avril 2010, les EPI ont rendu un rapport suite à un stage du 30 novembre 2009 au 12 mars 2010, avec une période en entreprise du 27 janvier au 12 mars 2010, soit du 22 février au 5 mars 2010 (conditionnement léger) et du 8 mars au 12 mars 2010 (contrôle de tri de déchets) relevant que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec un travail simple et léger, à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles, avec un rendement proche de la normale. Le domaine du conditionnement léger était adapté à l'état de santé de l'assuré. Un emploi de contrôle tri de déchets était également susceptible de convenir à l'assuré et nécessiterait d'être testé à l'aide d'un stage. L'assuré s'était correctement engagé durant toute la mesure. Il pensait toutefois qu'il était incapable de retrouver un emploi par lui-même et il demandait de l'aide.

E. 32

Le service des urgences des HUG a résumé, le 4 juin 2010, un séjour de l'assuré pour exacerbation d'une lombalgie. Une radiographie ne montrait pas de signe de descellement de l'arthrodèse L5-S1, ni de fracture.

A/784/2012 - 8/23 -

E. 33

Une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée du 16 juin 2010 a conclu à un status post-prothèse discale L5-S1 et spondylodèse par vis transpédiculaires, protrusion discale foraminale droite en contact avec la racine L3 droite dans son trajet foraminal, protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane mais sans conflit radiculaire et le contenu canalaire en L5- S1 était inappréciable en raison des artéfacts provoqués par le matériel d'ostéosynthèse.

E. 34

Par communication du 3 septembre 2010, l'OAI a ordonné un stage auprès de Y_____ SA en tant que manœuvre chez Z_____ du 3 septembre au 3 décembre 2010.

E. 35

Le 22 mars 2011, l'OAI a relevé, dans une clôture de mandat de placement, que le stage de trois mois chez Z_____ s'était bien déroulé et qu'en décembre 2010 Y_____ paierait à l'assuré une formation de cariste avec un engagement comme machiniste à 60 %.

E. 36

Le 23 juillet 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que depuis dix ans il n'avait ni salaire, ni santé.

E. 37

Le 17 août 2011, l'OAI a requis de l'assuré les documents médicaux rendant plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 7 mars 2007.

E. 38

Le 12 septembre 2011, la Dresse B_____ a rendu un rapport selon lequel l'assuré présentait les diagnostics de status post arthrodèse L5-S1 post hernie discale opérée en 2003 et status post hernie inguinale bilatérale et hernie ombilicale opérée en septembre 2007. L'état de santé s'était aggravé depuis juin 2010 avec augmentation des douleurs dans le membre inférieur gauche et paresthésie nécessitant notamment une infiltration en janvier

2011 et le port permanent d'une ceinture abdominale de contention.

E. 39

Le 9 novembre 2010, le service de neurologie (Drs H_____ et I_____) des HUG a rendu un rapport suite à la consultation du même jour de l'assuré pour un diagnostic de lombosciatalgie S1 gauche et aspect arthrosique par PLIF L5-S1 avec cage Prospace le 20 mai 2003. L'assuré avait consulté en urgence le 17 octobre 2010. Il se plaignait de douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur gauche en augmentation depuis quelques mois et, depuis, une certaine perte de force dans tout le membre inférieur gauche. Une infiltration périradiculaire S1 gauche était proposée.

E. 40

Le 3 juin 2011, le service de neurologie des HUG (Drs J_____ et K_____) a rendu un rapport suite à la consultation de l'assuré du 1er juin 2011 pour un diagnostic de paresthésie mal systématisée au membre inférieur gauche, en status post PLIF L5/S1 en 2003. L'évolution était bonne suite à une infiltration périradiculaire S1 gauche de janvier 2011.

A/784/2012 - 9/23 -

E. 41

Le 15 juin 2011, le Département de chirurgie des HUG a écrit à la Dresse B_____ que l'assuré, suite à l'opération de septembre 2007 d'une hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale et celle du 23 juin 2010 (fils sous- cutané enlevé), présentait encore des sensations quotidiennes de piqûre, fugace, sans indication à un examen complémentaire.

E. 42

Le 16 septembre 2011, le Dr L_____, FMH médecine interne du SMR, a rendu un avis selon lequel une aggravation avec l'apparition d'un syndrome radiculaire S1 avec parésie au membre inférieur gauche pouvait être admise et des renseignements devaient être requis de la Dresse B_____ et du service de neurologie des HUG.

E. 43

Le 3 octobre 2011, la Dresse B_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec une incapacité de travail totale et un traitement ordonné de physiothérapie, port d'une ceinture abdominale de contention et médicamenteux. Un éventuel retour au travail à 50 % était indiqué.

E. 44

Le 21 novembre 2011, le SMR a rendu un avis médical selon lequel l'état de santé s'était aggravé depuis juin 2010. L'épisode de juin 2010, purement sensitif, avait dû manifestement répondre au traitement médical, mais de manière incomplète et pouvait justifier une incapacité de travail de 100 % durant une semaine à quinze jours, avec le traitement prescrit et un repos. On ignorait, sur le plan de son activité, ce qu'il en était résulté. Considérant les dires du médecin-traitant et vu l'évolution négative ultérieure une incapacité de travail entre juin et octobre 2010 pouvait être à la limite admise, pour autant que l'assuré n'ait pas repris le travail, ce qui n'était pas connu. Par contre, depuis une semaine avant la consultation de neurochirurgie du 21 octobre 2010, la perte de force dans tout le membre inférieur gauche était bien documentée et justifiait une incapacité de travail totale depuis le 14 octobre 2010, de manière continue jusqu'à ce que les effets de l'infiltration se soient manifestés.

L'expérience indiquait que les effets d'une infiltration étaient assez rapides et, qu'en cas d'échec, il était généralement admis d'en tenter une seconde, voire une troisième à deux semaines d'intervalle. Une infiltration périradiculaire S1 avait été effectuée au mois de janvier et n'avait pas été répétée, de sorte qu'on pouvait admettre que la capacité de travail avait été de 50 % trois semaines au plus tard après la date de l'infiltration, qui n'était pas connue. En étant large, on pouvait fixer la reprise à 50 % le 1er mars 2011, avec reprise à 100 % un mois plus tard. Il était évident que le travail dont il s'agissait comportait des limitations fonctionnelles d'épargne du dos et un travail léger tel que décrit dans le rapport COPAI du 14 avril 2010. En cas de non reprise du travail, l'incapacité de travail était totale du 3 juin au 28 février 2011, à 50 % en mars et nulle dès le 1er avril 2011. En cas de reprise du travail entre juin et octobre, l'incapacité de travail était totale du 3 juin au 19 juin 2010, à 50 % du 20 au 27 juin 2010 et nulle dès le 28 juin 2010.

A/784/2012 - 10/23 -

E. 45

Selon une note de travail de l'OAI du 30 novembre 2011, l'assuré avait été actif durant le dernier trimestre 2010 (trois mois de stage) de sorte que l'incapacité de travail ne s'était pas durablement dégradée entre juin et décembre 2010, que l'incapacité de travail totale débutait en janvier 2011, puis était de 50 % en mars et nulle dès le 1er avril 2011, qu'en conséquence un quart de rente d'invalidité était dû du 1er janvier au 30 juin 2011.

E. 46

Par projet de décision du 23 décembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que ce n'était qu'à partir de janvier 2011 que le taux moyen d'incapacité de travail atteignait 40 % (onze mois à 36 % et un mois à 100 %) ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité du 1er janvier 2011 jusqu'au 30 juin 2011, droit qui ne pouvait cependant être octroyé à l'assuré en raison d'une demande tardive (août 2011) et que des mesures supplémentaires de réadaptation ne permettraient pas d'améliorer sa capacité de gain.

E. 47

Selon un procès-verbal du 18 janvier 2012, l'assuré a indiqué qu'il voulait une mesure de placement et qu'il n'avait pas été engagé de manière durable à la suite de son stage mais que l'employeur était disposé à le prendre si un poste de travail se libérait.

E. 48

Le 6 février 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a observé que l'incapacité de travail totale avait curieusement été limitée au 28 février 2011, avec une reprise à

E. 50

Le 9 mars 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 février 2012 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 50 % au moins dès le 1er janvier 2011 et de mesures d'ordre professionnel ainsi que, subsidiairement, à l'ordonnance d'une expertise bidisciplinaire. Il a fait valoir qu'il était suivi par le Dr P _____, FMH médecine interne et rhumatologie, pour les troubles rhumatologiques, que des investigations étaient en cours, qu'il était suivi par le Dr O _____ et Mme N _____, psychologue, que l'OAI avait fixé arbitrairement une capacité de travail de 100 % dès le 1er avril 2011 sans instruction médicale, que dès octobre 2010 il avait subi des périodes

d'exacerbation des douleurs lombaires avec irradiation dans les membres inférieurs et perte de force, que l'infiltration avait apporté une rémission partielle des douleurs et provisoire, que l'aggravation des douleurs était consécutive à la reprise d'activités qui étaient manifestement inadaptées, que malgré sa volonté qui avait été reconnue il n'était pas capable d'assumer une activité légère à 100 %, même pas dans le conditionnement car elle sollicitait le dos de façon accrue ce qui avait entraîné des épisodes de lombosciatalgies, invalidants, que l'aspect psychiatrique n'avait pas été investigué et que le bilan radiologique de 2010 confirmait une aggravation objective par rapport à l'examen SMR de 2006. 51. Le 19 avril 2012, l'assuré a transmis un rapport d'analyses d'UNILABS du 5 mars 2012 concernant la fonction hépatique et les produits d'addiction (CDT) et une attestation de la Dresse Q _____, médecin psychiatre, et de la psychologue Mme N _____ d'avril 2012 elon laquelle il suivait une psychothérapie hebdomadaire (psychologue et psychiatre) et prenait un antidépresseur en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, invalidant à 100 %; son état psychique n'était pas encore stabilisé et une réévaluation était nécessaire dans trois à six mois. Les examens effectués début mars 2012 avaient démontré qu'il ne souffrait d'aucune dépendance éthylique mais d'un état dépressif sévère de sorte qu'il convenait d'entendre le Dr O _____ et Mme N _____; du point de vue rhumatologique, un bilan était en cours auprès du Dr P _____ qu'il convenait également d'entendre. 52. Le 1er mai 2012, l'assuré a transmis un rapport du Dr P _____ du 24 avril 2012. Selon celui-ci, l'assuré avait été opéré en 2003 (spondylodèse L5-S1 avec une prothèse discale) en raison de lombosciatalgies, des douleurs persistaient, augmentées en position assise/debout prolongée et lors du port de charge; l'assuré disait pouvoir travailler à 50 % dans une activité adaptée; en mars 2012 il présentait un petit syndrome vertébral lombaire droit L4-L5; il était très heureux de pouvoir travailler à la déchetterie de l'usine d'incinération à 50 %, emploi qui était adapté; compte tenu de l'évolution post-opératoire une activité professionnelle adaptée était possible, comme l'actuelle mais sa capacité de travail ne pouvait pas être augmentée au-delà par des mesures médicales.

A/784/2012 - 12/23 - 53. Le 16 mai 2012, la Dresse R _____ du SMR a estimé que l'analyse CDT n'apportait pas d'élément médical nouveau car la valeur indiquait que l'assuré n'avait pas consommé plus de 60g (une bouteille de vin) par jour, que l'avis du Dr Q _____ ne contenait pas d'anamnèse, de status, de détail du traitement et d'évaluation de la capacité de travail, que le Dr P _____ n'indiquait pas pourquoi une activité à 100 % ne serait pas possible, que l'aggravation signalée depuis mars 2012 était postérieure à la décision et n'entraînait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, qu'il n'y avait pas de document du Dr O _____, nécessaire pour apprécier si la dépression était réactionnelle à la décision de refus de rente et que l'allégation de l'aggravation de l'état de santé suite à une reprise d'activité physique ne reposait sur aucun avis médical. 54. Le 21 mai 2012, l'OAI a réservé ses conclusions en relevant qu'il ne pouvait lui être reproché de ne pas avoir instruit l'aspect psychiatrique dès lors que l'assuré n'avait pas allégué de traitement psychiatrique, ni dans sa demande de prestation ni lors de l'entretien du 18 janvier 2012, que, de plus, le rapport médical fourni était succinct et que le SMR estimait que des informations devaient être requises du Dr O _____. 55. Le 2 juillet 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : "J'ai surtout des douleurs au moment où je me couche qui irradient tout le côté gauche. Ces douleurs proviennent de la hernie discale, je sens encore les vis dans le dos suite à l'opération parfois les douleurs s'accroissent et je dois augmenter les médicaments.

J'ai fait une infiltration en janvier 2011 qui m'a aidé plus que les médicaments. Il y a un mois environ je me suis rendu à l'hôpital car j'avais un blocage, on m'a donné d'autres médicaments mais on ne m'a pas proposé une autre infiltration laquelle ne peut être effectuée qu'une fois par année. En 2010, j'ai eu une aggravation des douleurs j'ai ressenti de forts picotements à l'endroit où j'ai été opéré et des douleurs dans tout le côté gauche qui se sont aggravées. J'estime avoir une capacité de travail de 50 % pas plus, en raison des douleurs au dos et d'une impression de poids sur la tête et en bas du dos. Le travail actuel permet plusieurs changements de positions ce qui est adapté à mon état mais malgré cela je ne me vois pas travailler à plein temps. Dans mon travail je suis plus handicapé par mon problème de dos que par mes problèmes psychiques (je suis irrité, j'ai des crises de colère envers ma femme, mes enfants). Cependant j'estime que ces problèmes ont également une influence négative dans mon travail". 56. Le 9 juillet 2012, le recourant a observé qu'il souffrait psychiquement depuis de nombreuses années, que les tests pratiqués avaient confirmé l'absence d'habitudes

A/784/2012 - 13/23 - éthyliques et qu'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique était nécessaire. 57. A la demande de la Cour de céans, le Dr O_____ a rendu un avis médical le 9 juillet 2012. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (I 32.11) depuis fin février 2012, et relevé que la capacité de travail était entière jusqu'à fin février 2012 et nulle dès cette date en raison d'un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration, que le pronostic était favorable avec une reprise progressive probable de la capacité de travail dès le 15 août 2012. 58. A la demande de la Cour de céans, la Dresse Q_____ a rendu un avis médical le 20 août 2012 selon lequel elle était sans nouvelle de l'assuré depuis fin avril 2012, que le suivi avait débuté le 4 avril 2012, que les limitations fonctionnelles se rapportaient aux lombosciatalgies et que le pronostic dépendait de celles-ci. 59. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a) 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).

b) 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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

A/784/2012 - 14/23 -

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 23 juillet 2011 dans laquelle le recourant invoque une aggravation de son état de santé depuis 2010 ayant donné lieu à la décision de l'intimé du 8 février 2012 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe précité. 3. 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. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables,

A/784/2012 - 15/23 - entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10

consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er 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 1er 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

A/784/2012 - 16/23 - 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).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on

tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

A/784/2012 - 17/23 -

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) 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 LPGA), 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison

A/784/2012 - 18/23 - de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés

A/784/2012 - 19/23 - dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). 9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/784/2012 - 20/23 -

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que

certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 10. En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 23 juillet 2011 à la suite de la dernière décision de l'OAI du 7 mars 2007 rejetant sa demande de prestations du 25 février 2004, décision confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 septembre 2007 et l'arrêt du Tribunal fédéral du 25 juin 2008. Il convient en conséquence d'examiner, au regard de l'art. 17 LPGa, si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la décision de l'OAI du 7 mars 2007 jusqu'au 8 février 2012, date de la décision litigieuse. Le recourant invoque une péjoration de son état de santé par l'exacerbation d'une lombalgie depuis juin 2010 ainsi que des picotements et des douleurs dans tout le côté gauche. A cet égard, la Dresse B _____ a indiqué le 12 septembre 2011 que l'état de santé du recourant s'était effectivement aggravé depuis juin 2010 avec l'augmentation de douleurs dans le membre inférieur gauche et des paresthésies ayant nécessité une infiltration en janvier 2011 et le port permanent d'une ceinture abdominale de contention; le service des urgences des HUG a attesté d'un séjour de l'assuré pour exacerbation d'une lombalgie le 4 juin 2010 suite à un mouvement (l'assuré était penché en avant) et, le service de neurologie des HUG a attesté d'une consultation de l'assuré le 9 novembre 2010 pour douleurs lombaires avec irradiation et perte de force dans le membre inférieur gauche et le 1er juin 2011 pour paresthésie au membre inférieur gauche avec bonne évolution des douleurs suite à une infiltration de janvier 2011. Par ailleurs, le département de chirurgie des HUG a relevé le 15 juin 2011 que suite à l'opération de septembre 2007 d'une hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale, l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse.

A/784/2012 - 21/23 - Ayant pris connaissance de ces documents médicaux, le Dr L _____ du SMR a admis, le 16 septembre 2011, une aggravation de l'état de santé de l'assuré par l'apparition d'un syndrome radiculaire S1 avec parésie au membre inférieur gauche en relevant qu'il convenait d'investiguer pour savoir si la parésie avait récupéré et si les paresthésies étaient toujours présentes. A la demande de l'intimé, la Dresse B _____ a confirmé une incapacité de travail totale le 3 octobre 2011 et le Dr L _____ a finalement estimé le 21 novembre 2011 que l'épisode de juin 2010 avait dû répondre au traitement médical, tout en disant ignorer si l'assuré avait repris le travail et en concluant que l'infiltration de janvier 2011 avait dû être efficace dès lors qu'elle n'avait pas été répétée. Il ressort des pièces médicales précitées que l'intimé a admis une aggravation de l'état de santé du recourant depuis juin 2010 mais qu'il a ensuite supposé que l'état de santé s'était amélioré à la suite de l'infiltration de janvier 2011 et a déterminé une incapacité de travail totale débutant le 1er janvier 2011 et à 50 % du 1er au 31 mars 2011 en considérant que le recourant avait été capable de travailler de septembre à décembre 2010 puisqu'il était à cette époque en stage auprès de Y _____. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet, si l'aggravation de l'état de santé du recourant dès janvier 2010 n'est pas contestée par l'intimé et doit en effet être admise au vu des rapports de la Dresse B _____ et des HUG, les effets de cette aggravation sur la capacité de travail de l'assuré ne sont pas connus précisément. La Dresse B _____ estime que l'incapacité de travail est totale, avec un éventuel retour possible au travail à 50 %, taux confirmé ensuite par le Dr P _____ qui a relevé que le recourant ne pouvait augmenter son temps de travail à plus de 50 %; par ailleurs, les HUG ont attesté que les douleurs avaient été améliorées par l'infiltration de

janvier 2011 mais que les paresthésies avaient encore donné lieu à une consultation en juin 2011. Enfin, il subsiste un doute sur la capacité du recourant à travailler à 100 % comme manœuvre dans le cadre du stage effectué du 3 septembre au 3 décembre 2010 sur le site des esrechs de Z_____ ; seule une note succincte de l'OAI du 22 mars 2011 relate un entretien avec le directeur de Y_____ et le chef de secteur de Z_____ selon lequel l'assuré aurait fait un bon travail et aurait eu un comportement adéquat; cependant le recourant a déclaré lors de l'audience du 2 juillet 2012 qu'il n'avait pas fait grand-chose lors de son stage, se limitant à donner de temps à autre un coup de balai. 11. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le dossier a été insuffisamment instruit du point de vue somatique par l'intimé, l'impact de l'aggravation de l'état de santé du recourant survenue en juin 2010 devant faire l'objet à tout le moins d'une expertise rhumatologique, ce d'autant que l'examen rhumatologique complet effectué par le Dr D_____ a eu lieu le 26 juin 2006, soit il y a plus de six ans.

A/784/2012 - 22/23 - En revanche, l'instruction menée par la Cour de céans concernant l'atteinte psychique alléguée par le recourant a permis d'établir qu'une incapacité de travail en raison d'une atteinte psychique pourrait être avérée au plus tôt dès le 1er mars 2012 selon l'avis du Dr O_____, - avec par ailleurs un pronostic favorable -, soit une date postérieure à la décision litigieuse du 8 février 2012 de sorte qu'elle ne saurait être prise en compte dans le cadre de la présente procédure dont l'objet du litige est limité à la date du 8 février 2012. En outre, la Dresse Q_____ a attesté qu'elle n'avait suivi le recourant que du 4 à fin avril 2012 et que le diagnostic incapacitant relevait de la sphère somatique (lombosciatalgies) de sorte que son avis ne saurait fonder non plus une reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique du recourant. 12. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause transmise à l'intimé afin qu'il procède à une expertise rhumatologique du recourant et rende une nouvelle décision. 13. Partant, une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er 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 l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/784/2012 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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