

GE_GERICHTE ATAS/1126/2012 vom 18. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1126_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1126/2012 du 18 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1126/2012 del 18 settembre 2012

Erwägungen

E. 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.

E. 2

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.

A/1272/2012 - 10/20 - 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 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, l'état de fait déterminant du 15 mars 2012 est postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision), et le 1er janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette

à recours (art. 56 et 60 LPGA; cf. également l'art. 63 al. 1 let. A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA et art. 89C LPA). En l'espèce, il est avéré que la décision litigieuse a été notifiée au recourant, par pli recommandé, le 15 mars 2012 selon l'extrait Track & Trace de la Poste attestant d'une distribution via la case postale au 1227 Carouge. La copie de la décision litigieuse produite par le recourant en pièce 29 porte d'ailleurs un tampon mentionnant "reçu le 15 mars 2012". L'indication du recourant selon laquelle la décision litigieuse a été notifiée le 16 mars 2012 est donc erronée. Cela ne porte toutefois pas à conséquence dans la mesure où le délai a commencé à courir le 16

A/1272/2012 - 11/20 - mars 2012, a cessé de courir du 1^{er} au 15 avril 2012 inclus (le dimanche de Pâques étant tombé le 8 avril 2012) et a expiré le 29 avril 2012, qui s'avère être un dimanche et reporte donc l'expiration du délai au 30 avril 2012. Déposé à cette même date dans la forme prescrite par la loi, le recours est donc recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure justifiant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, 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. Aussi, 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 108, consid 2b). Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est

intervenue (ATF 133 V 108). 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

A/1272/2012 - 12/20 - sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si l'administration 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; ATF 109 V 114 consid. 2a et b). Le Tribunal fédéral a confirmé qu'une administration ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit, lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI. En effet, dès lors que l'office AI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite (ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2e éd., p. 399), comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction.

A/1272/2012 - 13/20 -

E. 6

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).

E. 7

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).

E. 8

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). 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 LPG), 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

A/1272/2012 - 14/20 - 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). 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). 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. Étant 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). S'agissant de la valeur probante des 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. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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

A/1272/2012 - 15/20 - 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 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). 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).

E. 9

Enfin, le Tribunal fédéral a jugé qu'on pouvait exiger d'un assuré âgé de 58 ans au moment de la décision litigieuse qu'il mette en valeur sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état, dans la mesure où il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'une telle mise en valeur sur un marché du travail supposé équilibré, ce d'autant plus lorsque l'instruction menée par l'office AI a permis d'établir l'existence d'un certain nombre d'activités qui demeurent accessibles sans formation particulière (ATF non publié

9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.3).

E. 10

En l'espèce, le recourant considère que ses médecins traitants, à savoir les Drs P_____ et Q_____, ont tous deux invoqué la péjoration de son état de santé et le fait qu'il ne peut plus effectuer aucune activité physique lourde ou exigeant de la manutention, malgré sa motivation. Les rapports médicaux produits reflètent d'ailleurs selon lui son incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée, en raison de ses atteintes à la santé, à savoir des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique, des cervicalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs C5-C6 et une obésité morbide. L'intimé estime au contraire que les rapports des Dr. P_____ et Q_____ ne comprennent aucun élément objectivant une aggravation de l'état de santé du recourant. Il s'agit dès lors de déterminer si le recourant présente une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer durablement sa capacité de travail. Étant donné

A/1272/2012 - 16/20 - que la présente cause s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, il convient de comparer les faits tels qu'ils prévalaient le 17 juin 2008, date de la dernière décision rendue par l'OAI reposant sur un examen matériel du droit à la rente et entrée en force - la décision postérieure du 12 mars 2009 étant une décision de refus d'entrer en matière. La décision du 17 juin 2008 est fondée sur le rapport de l'examen rhumato- psychiatrique de 7 avril 2008 effectué au SMR. Ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les médecins qui l'ont rédigé ont en effet pris en compte le dossier médical du recourant et les rapports médicaux y relatifs, les antécédents personnels généraux du recourant, son anamnèse familiale, professionnelle, par système, psychosociale et psychiatrique actuelle, les plaintes et données subjectives du recourant, et l'examen clinique de ce dernier. Le diagnostic a été posé clairement, l'appréciation médicale du cas et les conclusions y relatives sont détaillées et motivées. S'agissant de l'aggravation alléguée, en ce qui concerne le Dr. P_____, point n'est besoin de comparer son dernier rapport avec des documents plus anciens. En effet, l'examen du rapport du 1er septembre 2011 établi par ce dernier permet d'ores et déjà d'exclure une telle aggravation, le médecin ayant indiqué dans ce document qu'"une nouvelle IRM lombaire effectuée en 2011 se [révéla]it superposable à celle de 2005, sans nouvelle lésion", qu'"[e]ffectivement, l'état médical concernant les lombalgies et lombosciatique D ne [s'était] pas aggravé depuis ces dernières années", et que le recourant "[restait] toujours aussi algique et symptomatique à l'effort". Le médecin a toutefois relevé qu'un nouveau diagnostic, celui de syndrome d'apnée du sommeil sévère, avait été posé par le Dr. V_____. Ce dernier ne s'est cependant nullement prononcé sur la capacité de travail du recourant en lien avec ce diagnostic. Qui plus est, le recourant lui-même ne se prévaut pas, à l'appui de son recours, de ce syndrome comme étant un élément participant à son incapacité de travail. Partant, il ne peut en tirer aucun argument. Le 7 avril 2008 le SMR avait considéré, d'une part, qu'il ne pouvait pas confirmer cliniquement la présence d'une gonarthrose, et d'autre part, que les rotations cervicales étaient douloureuses, davantage vers la gauche, sans arrêt dur parlant pour une cervicarthrose avancée. Le Dr. Q_____ avait déjà mis en évidence, dans son rapport du 3 mai 2005, que des cervicalgies et des gonalgies internes bilatérales à caractère mécanique prédominant (pouvant correspondre, dans un contexte d'obésité sévère, à une gonarthrose interne débutante) s'étaient ajoutées aux lombalgies chroniques et aux troubles statiques et dégénératifs débutants. La mobilité

lombaire était diminuée par les douleurs (Schober 10-14 cm). Au niveau cervical, les épineuses étaient très sensibles de C4 à D2, avec des douleurs à la palpation de la musculature paravertébrale et des deux trapèzes, la distance menton-

A/1272/2012 - 17/20 - sternum étant à 2-18 cm et les rotations limitées à 60° des deux côtés. Des douleurs importantes apparaissaient à la palpation des deux compartiments internes des genoux. Quelques années plus tard, le 8 février 2012, le Dr Q _____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique et de cervicalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs C5-C6. Il indique qu'au niveau des genoux, des douleurs apparaissent à la pression de l'interligne fémoro-tibial interne prédominant à droite. Des douleurs paracervicales C5-C6-C7 prédominant à droite sont également constatées. Ainsi, les diagnostics étaient similaires en 2005 et 2012. C'est également le cas des autres points, la mobilité lombaire étant identique (Schober 10-14 cm), les mobilités cervicales (rotation droit et gauche limitée à 60°), et la distance menton-sternum aussi, le recourant ayant gagné 2 centimètres en flexion et perdu 2 centimètres en extension (0-16), tout en restant dans les valeurs normales. Malgré l'aggravation globale depuis six ans évoquée par ce médecin, la comparaison du contenu des deux rapports ne permet de relever aucune aggravation patente de l'état de santé du recourant, ce qui a d'ailleurs été souligné par le SMR dans son avis du 22 mai 2012. A titre superfétatoire et malgré l'absence d'aggravation de l'état de santé, on examinera la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le SMR a conclu le 7 avril 2008 que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité physiquement légère et respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvement répété de flexion-extension du rachis, pas de port de charge au-delà de dix kilos, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de position statique debout prolongé au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure, se fondant, à défaut d'aggravation de l'état de santé, sur les conclusions des mesures de reclassement professionnel d'avril 2003. L'assuré restait donc apte à exercer des travaux simples de mécanique demandant peu de réglages machines (par exemple usinage sur tour réglé, montage d'éléments de petits dimensions) et où une chaise "assis/debout" serait à sa disposition afin de lui permettre de s'asseoir environ une fois par heure pour une période de dix minutes. Il s'avère au demeurant que cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée s'est confirmée lors du stage aux EPI d'août à novembre 2008. Les Drs. P _____ et V _____ quant à eux n'ont pas quantifié la capacité de travail du recourant dans leurs rapports respectifs des 1er septembre et 6 juin 2011. Ces documents ne permettent donc pas de remettre en cause les conclusions susmentionnées du SMR sur ce point. Le Dr. Q _____ considère quant à lui qu'il n'y a plus d'exigibilité dans une activité physique lourde ou exigeant de la manutention, ce qui est admis par le

A/1272/2012 - 18/20 - SMR. Les médecins ont en effet relevé à cette occasion que les troubles statiques et dégénératifs présentés à cette époque par le recourant pouvaient expliquer les difficultés dans une activité physiquement contraignante. Ils ont même considéré que le Dr. M _____, qui avait expertisé ce dernier en 2002, avait été sévère en retenant une exigibilité de 75% dans l'activité habituelle, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. De ce fait, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, respectivement dans toute activité physiquement contraignante. Par ailleurs, en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, force est de constater que le Dr. Q _____ ne remet pas non

plus en question, contrairement à ce que prétend le recourant, les conclusions des médecins du SMR du 7 avril 2008. En effet, il ne fait que mettre un bémol sur ce point en ce sens qu'il considère qu'une réorientation dans une telle activité serait "problématique" en raison du manque de formation du recourant et de son âge. Or, les aspects humains invoqués par le Dr. Q_____ ne sont pas susceptibles de modifier les conclusions quant à la capacité de travail du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de ce dernier pour trouver un emploi approprié liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2 et les références; ATFA non publié I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références in VSI 1999 p. 246; ATF 107 V 17 consid. 2c). Ainsi, des critères tels que l'âge ou la formation n'ont pas à être pris en considération dans le cadre de la détermination de la capacité de travail d'un assuré. S'agissant de l'âge du recourant, il était âgé de 52 ans lors de la décision, ce qui n'exclut pas la reprise d'une activité adaptée selon le Tribunal fédéral et qu'il a déjà bénéficié de deux stages, en 2003 et en 2008, lui permettant de se familiariser avec d'autres domaines d'activité. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les rapports médicaux produits ne permettent pas de conclure à une aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer durablement la capacité de travail du recourant. Celui-ci n'invoquant aucune autre modification des circonstances susceptible d'influencer le taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute prestations par décision du 12 mars 2012, la demande de révision étant mal fondée.

A/1272/2012 - 19/20 - A noter encore que les allégués du recourant et les avis de ses médecins traitants laissent croire qu'ils sont d'avis que l'état de santé de l'assuré ne lui permet plus depuis fort longtemps de travailler à plein temps, voire à 70% comme retenu lors du stage de 2003, dans une activité adaptée, et que, partant, les décisions de refus de 2004 et de 2008 étaient mal fondées. A défaut de recours contre celles-ci, elles sont entrées en force et c'est donc seulement sous l'angle de la modification notable de l'invalidité, en particulier en raison d'une aggravation de l'état de santé, que la Cour de céans peut examiner le cas.

E. 11

Le recours, mal fondé, est rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe.

A/1272/2012 - 20/20 - 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.