

# **GE\_GERICHTE ATAS/312/2017 vom 18. April 2017**

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_312\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_312_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/312/2017 du 18 avril 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/312/2017 del 18 aprile 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 30 août 2016 contre la décision litigieuse du 28 juin 2016, reçue par le recourant le lendemain, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY /Bettina KAHIL-WOLFF /Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61;

A/2839/2016 - 20/30 - Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. consid. 8). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 3**

a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, les faits pertinents dans le cadre de la nouvelle demande de prestations remontent à novembre 2014, et la décision querellée du 28 juin 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa version actuellement en vigueur (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI),

A/2839/2016 - 21/30 - il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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).

### **E. 4**

Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'une orientation professionnelle. Il est précisé que, par décision du 16 octobre 2013, entrée en force, le droit à une rente entière d'invalidité lui avait été reconnu du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 30 avril 2012. Au-delà, la rente avait été supprimée suite à l'amélioration de son état de santé, et a fortiori, de sa capacité de

travail, estimée à 80% dans une activité adaptée dès le 1er février 2012.

#### **E. 5**

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

A/2839/2016 - 22/30 -

#### **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**

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. Pour évaluer le taux

d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). c. 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 (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 8**

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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).

A/2839/2016 - 23/30 - 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. c/aa. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au

A/2839/2016 - 24/30 - dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. 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. 3b/cc). c/dd. 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. À 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 n. 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 dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard

aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

A/2839/2016 - 25/30 - Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste cependant possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### **E. 10**

En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations, entre la décision querellée du 28 juin 2016 et la dernière décision du 16 octobre 2013.

#### **E. 11**

Dans le cadre de la décision du 16 octobre 2013, l'intimé a considéré, sur la base de l'avis du SMR du 18 juin 2013, lequel s'alignait sur les conclusions de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ du 22 février 2013, que la capacité de travail du recourant était nulle, de façon définitive, dans l'activité habituelle de garçon d'office. En revanche, compte tenu de l'absence de lésions aux hanches, au bassin, au rachis ou aux membres supérieurs, la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée (pour tenir compte des difficultés de déplacements) dès le 1er février 2012.

#### **E. 12**

a. Suite à la nouvelle demande de prestations, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 28 juin 2016, que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle, mais de 80% dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du Dr K \_\_\_\_\_ du 10 mars 2016 ainsi que sur l'avis subséquent du SMR. b. Dans son expertise, le Dr K \_\_\_\_\_ s'est fondé sur le dossier et l'examen clinique. Il a résumé les documents médicaux, exposé l'anamnèse, relaté les plaintes, posé des diagnostics et fait état de ses constatations. Cela étant, ses explications sont, à réitérées reprises, incohérentes, voire contradictoires. En effet, au début de son rapport, l'expert note que le recourant se plaignait de lombalgies au-delà de trente à quarante-cinq minutes lorsqu'il marchait ou restait assis et qu'il s'était levé à la quarante-cinquième minute de l'entretien, soit à la moitié de l'examen d'une durée d'une heure trente. Ainsi, les plaintes du recourant concordent avec le constat médical. Toutefois, dans l'appréciation du cas, l'expert se contredit et affirme que le recourant alléguait l'apparition de symptômes après trente à quarante-cinq minutes, ce qui n'avait pas été le cas le jour de l'examen. À cet égard, il y a lieu de rappeler qu'en 2011-2012, l'assuré, assis, pouvait supporter ses douleurs sans aucun problème, alors même que, suite à son accident en 2009, il avait un peu mal au dos, souffrant d'une hernie discale, non grave, depuis vingt-cinq ans (cf. procès-verbal de l'intimé du 25 novembre 2009; rapport

A/2839/2016 - 26/30 - d'entretien de la SUVA du 15 juillet 2011 ; rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 20 février 2012). Ensuite, l'expert observe que, sans cannes, le recourant se déplaçait avec une boiterie inconstante, une marche plus ou moins robotique, saccadée. Les genoux étaient fléchis à environ 10° pour avancer à petits pas, plutôt sur l'avant-pied gauche. Avec les cannes, la marche était plus fluide et plus rapide. Ce constat est comparable à celui du Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 février 2013. Cependant, dans l'appréciation du cas, le Dr K\_\_\_\_\_ relève, cette fois-ci, que la marche avec les deux cannes anglaises s'effectuait à petits pas, en maintenant les genoux légèrement fléchis, en se dandinant, phénomène inconstant lorsque le recourant se déplaçait sans cannes. Il y a donc ambiguïté quant aux déplacements du recourant avec ou sans les cannes. Enfin, l'expert considère que, depuis l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ en février 2013, l'état de santé du recourant est demeuré stable. Or, si dans son rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué que le recourant, assis durant l'expertise, n'avait manifesté aucun inconfort lombaire, que la musculature du rachis et les ceintures scapulaires étaient bien développées symétriquement, que le rachis était indolore à la palpation et à la percussion, depuis novembre 2014, le recourant est confronté à une exacerbation importante et constante de ses lombalgies, essentiellement la journée. Il éprouve de la difficulté à rester longtemps dans la même position (cf. rapports de la Dre H\_\_\_\_\_ des 5 octobre 2015 et 13 novembre 2015). Le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une décompensation de lombalgies, probablement liée à une position assise prolongée. À l'examen clinique, le recourant était relativement algique. Il y avait une raideur manifeste de sa colonne lombaire (cf. courrier dudit praticien du 10 novembre 2014). L'IRM du 1er septembre 2015 a mis en évidence un rétrécissement modéré du canal rachidien lombaire sur une combinaison de critères osseux et dégénératifs avec une arthrose débutante des articulations interapophysaires postérieures et aggravé par les discopathies protrusives en L4/L5 et L5/S1, lesquelles présentaient un caractère plus focal à base d'implantation large au niveau postéro-médian et postéro-latéral des deux côtés, venant au contact de la portion récessale des racines L5 bilatéralement, sans signe de compression radiculaire, ainsi qu'un rétrécissement des trous de conjugaison L4/L5 des deux côtés et L5/S1 gauche. Lors de la consultation du 7 septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a observé d'intenses lombalgies avec blocage lombaire dès les premiers degrés de mobilisation lombaire. Les apophyses épineuses L3 à S1 et la musculature para- lombaire étaient douloureuses à la palpation, sans nette contracture (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2015). Le Dr K\_\_\_\_\_, lui-même, a observé des douleurs lors des mouvements dorsolombaires. Contrairement à l'appréciation de l'expert, force est de constater que l'état de santé du recourant relatif à son problème de dos n'est pas resté stable depuis la dernière expertise du Dr G\_\_\_\_\_ en février 2013.

A/2839/2016 - 27/30 - Qui plus est, dans son courrier du 8 septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas exclu la possibilité d'une composante radiculaire sur le canal lombaire étroit relatif, en raison de l'anamnèse des fourmillements et d'engourdissement des membres inférieurs. Le médecin a, de ce fait, préconisé un ENMG des membres inférieurs pour déceler les éventuelles répercussions du canal lombaire étroit sur des racines nerveuses lombo-sacrées. Ainsi, alors que la symptomatologie lombaire n'a pas été clarifiée, le Dr K\_\_\_\_\_ conclut prématurément qu'aucun élément n'expliquait la symptomatologie subjective d'engourdissement et de fourmillements des cuisses et que la preuve d'un canal lombaire étroit symptomatique n'existait pas, hormis si de nouveaux éléments neurologiques déficitaires clairs se manifestaient à un examen neurologique spécialisé avec un ENMG. L'expert parvient à cette conclusion, alors même qu'il note plus tôt qu'une partie de la

symptomatologie faisait évoquer un probable canal lombaire étroit symptomatique qui n'avait pas été vérifié par un ENMG. Force est ainsi de constater que l'expert n'a pas procédé à une étude fouillée du cas avant de se prononcer. c. Dans son avis du 9 février 2016, le SMR a proposé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, dans la mesure où les médecins traitants avaient un avis différent quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée suite aux lombalgies chroniques constantes. Cela étant, au vu des développements qui précèdent, la chambre de céans ne peut pas se fier au rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 10 mars 2016. Ainsi, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les répercussions des lombalgies sur la capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure de procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de la dernière décision du 16 octobre 2013. En conséquence, elle ne peut se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

### **E. 13**

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire indépendante, laquelle comprendra au vu des considérations précitées un volet orthopédique et un volet neurologique. Ce renvoi se justifie d'autant plus que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale du recourant. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, de se prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis le

### **E. 16**

Il s'ensuit que le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants.

### **E. 17**

Au vu de l'issue du recours, l'audition des médecins traitants et celle du recourant, offerte par celui-ci, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

### **E. 18**

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

### **E. 19**

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).

A/2839/2016 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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