

GE_GERICHTE A/1164/2012 vom 16. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1164_2012

FR: GE_GERICHTE A/1164/2012 du 16 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/1164/2012 del 16 maggio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.05.2013
A/1164/2012

A/1164/2012 ATAS/521/2013 du 16.05.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1164/2012
ATAS/521/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 mai
2013 3ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié à
PLAN-LES-OUATES représenté par la Fiduciaire X _____ SA M. G _____
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur F _____
(ci-après : l'assuré), né en 1963, de nationalité iranienne, a obtenu son baccalauréat en Iran,
un diplôme de commerce à Genève, un certificat de perfectionnement en politique sociale
de l'Université de Genève et un Master européen en médiation. Il a exercé en tant
qu'aide-comptable, représentant et chargé de secteur, monteur-électricien et responsable de
projets de développement de la clientèle auprès d'une banque. ![endif]>![if> 2. Le 25
juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) en invoquant une hernie discale
consécutive à un accident survenu en 1998.![endif]>![if> 3. Le 20 mars 2012, l'OAI a
rendu une décision au terme de laquelle il a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière
d'invalidité à compter du 1 er décembre 2007, réduite à une demi-rente dès janvier 2009 et
supprimée dès septembre 2009. ![endif]>![if> L'OAI a admis une totale incapacité de travail
depuis décembre 2006 et constaté qu'à l'issue du délai de carence légale, soit le 1 er
décembre 2007, l'incapacité de gain de l'intéressé était toujours totale. L'OAI a considéré
que l'état de santé de l'assuré s'était toutefois progressivement amélioré par la suite, à tel
point qu'il avait recouvré une capacité de travail de 50 % en octobre 2008 et de 100 % en
juin 2009. Le droit de l'assuré a été réduit à une demi-rente trois mois après l'amélioration
de l'état de santé - soit le 1 er janvier 2009 - et la rente supprimée trois mois après
l'amélioration suivante - soit le 1 er septembre 2009. N'ayant aucune information
concernant la dernière activité professionnelle de l'assuré, l'OAI a procédé à une
comparaison des taux pour déterminer le degré d'invalidité et considéré que le revenu de
valide se confondait avec celui d'invalides. La décision de l'OAI a été rendue à l'issue d'une
instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un bref avis
du Dr L _____, spécialiste en médecine-interne et en cardiologie, médecin-conseil de
l'assurance-chômage, qui, après avoir reçu l'assuré en août 2003, l'a jugé physiquement apte
à travailler mais a préconisé une expertise psychiatrique afin d'élucider la question de la
capacité de travail sur un plan psychique ; ![endif]>![if> - un rapport rédigé le 24 juin
2008 par le Dr M _____, médecin-traitant de l'assuré et médecin auprès du
département de médecine communautaire et premiers recours des Hôpitaux universitaires
de Genève (HUG), concluant à un syndrome sensitif radiculaire L5 et irritatif après un

accident de voiture avec trauma-frontal et contusions lombaires survenu en décembre 1998, à une hernie discale paramédiane de L5-S1, à un état dépressif réactionnel depuis janvier 2005 et à des céphalées chroniques depuis janvier 1999 ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail depuis le 29 décembre 2006, à une capacité de travail résiduelle de 50% depuis juillet 2008 dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter la position assise et le port de charges supérieures à 5 kg ;

[endif]>[if> - une expertise du Dr N_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, datée du 19 juin 2009, concluant à une instabilité lombaire prédominant en L5-S1, à une hernie discale L5-S1 droite au décours ayant présenté une récurrence probable au cours de l'année 2008 et à une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée – c'est-à-dire permettant d'alterner les positions toutes les vingt minutes, d'éviter de porter ou manipuler des poids dépassant 8 kg, de mobiliser le tronc ou de se pencher en avant -, étant précisé que les possibilités de concrétisation paraissaient extrêmement limitées en raison de la limitation des possibilités d'adaptation et de compensation du patient ; une reprise à 100 % paraissait envisageable après quatre à six mois (pièce 29 OAI) ;

[endif]>[if> - un complément du 25 août 2009 (pièce 37 OAI), dans lequel le Dr N_____ précisait que si l'on faisait abstraction des facteurs non médicaux, la capacité résiduelle de travail était de 50% dans une activité adaptée ; selon lui, les activités d'installateur-sanitaire ou d'archiviste étaient exclues ;

[endif]>[if> - un rapport rédigé le 25 août 2009 par les Drs O_____ et P_____, du service de neurologie des HUG, concluant à un syndrome lombo-radiculo-déficientaire sensitif droit aigu sur hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée, à une discopathie poly-étagée en L4 et-L4-L5 et à un canal lombaire étroit congénital ;

[endif]>[if> - un rapport intermédiaire établi le 3 novembre 2009 par le Service de médecine de premiers recours des HUG, mentionnant une aggravation de l'état de santé de l'assuré et faisant état de diagnostics supplémentaires : cervico-brachialgies d'apparition récente avec des paresthésies apparaissant au repos la nuit et aggravées à la mobilisation des membres supérieurs ; du point de vue fonctionnel, le patient était handicapé dans la plupart des activités quotidiennes nécessitant l'utilisation des membres supérieurs ; il décrivait aussi une exacerbation des douleurs lombaires et se trouvait imité dans toute activité nécessitant de rester debout ou de se pencher en avant ; les médecins estimaient qu'une reprise du travail – à un taux à déterminer - pourrait être envisagée en fonction de l'évolution et d'une éventuelle opération chirurgicale ; en revanche, il n'y avait selon eux aucune pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge (pièce 42 OAI) ;

[endif]>[if> - un rapport rédigé le 1er décembre 2009 par le Dr Q_____, du service de neurochirurgie des HUG, constatant une bonne mobilité de la nuque en rotation et l'absence de douleurs à la manœuvre de spurling, une force parfaitement conservée des quatre membres et l'absence de signes objectifs d'irritation radiculaire ou d'instabilité vertébrale cervicale ;

[endif]>[if> - un avis du Dr R_____, du service médical régional (SMR), qui, le 17 mai 2010, a admis une incapacité de travail à compter du 29 décembre 2006 - date indiquée par le médecin-traitant dans son rapport du 26 juin 2008 – au 7 octobre 2008, date à compter de laquelle l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50 % (cf. rapport du Dr N_____) ; à compter du 4 juin 2009 (pronostic du neurochirurgien confirmé par le neurochirurgien consultant), la capacité de travail devait être considérée comme pleinement recouvrée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ;

[endif]>[if> - un courrier du médecin traitant du 17 mai 2010 expliquant qu'une aggravation était survenue entre mi-août et début octobre 2009 et que l'évolution était désormais marquée par la persistance de douleurs importantes

au niveau de la nuque, irradiant en direction de l'épaule et de l'omoplate gauches ;

!endif]>![if> - un rapport du médecin traitant du 22 juillet 2010, faisant état d'un état de santé désormais stationnaire, après l'augmentation des douleurs au niveau de la nuque survenue au début de l'année 2010 ; le médecin confirmait que la capacité de travail pourrait être augmentée jusqu'à au moins 50 % dans un poste adapté ; !endif]>![if> - un rapport rédigé le 13 octobre 2010 par le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine-générale, concluant à un état anxio-dépressif, à des lombalgies chroniques, à des cervicalgies chroniques, à une tendinite bilatérale au niveau des épaules et à une hyper cholestérolémie conduisant à une totale incapacité de travail mais à une capacité résiduelle de 50 % dans une activité adaptée. !endif]>![if> - Enfin, un rapport rendu le 14 avril 2011, après que l'assuré a été adressé au SMR pour un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, pratiqué par le Dr U_____, spécialiste FMH en rhumatologie et par le Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièce 63 OAI) ; ces médecins ont retenu à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit constitutionnel et hernie discale L5-S1, des cervicalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et un syndrome rotulien bilatéral ; dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail a été estimée à 50 % dès le 7 octobre 2008 et à 100 % depuis le 27 août 2009 - date de la dernière IRM lombaire ayant mis en évidence une nette régression de la hernie discale. !endif]>![if>

4. Par écriture du 20 avril 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 20 mars 2012 en concluant à ce que le droit à une rente entière lui soit reconnu au-delà du 31 décembre 2008. !endif]>![if> L'assuré conteste en effet toute amélioration de son état de santé. Il soutient en particulier qu'on ne saurait lui reconnaître une pleine capacité de travail dès le mois de juin 2009 alors que le Dr M_____ a encore fait état de problèmes de santé chroniques le 19 avril 2010 et que le Dr S_____ de problèmes cervicaux et d'une détérioration de son état anxio-dépressif dans un courrier du 4 avril 2012.

5. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 8 mai 2012, a conclu au rejet du recours. !endif]>![if> L'intimé se réfère au rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs U_____ et T_____, qu'il qualifie de particulièrement circonstancié, et dont il estime qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, l'intimé relève d'une part, que le certificat du Dr M_____ du 19 avril 2010 ne fait qu'indiquer que l'assuré était suivi dans son service à l'époque, sans se prononcer sur sa pathologie ni sur les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, d'autre part, que le courrier du Dr S_____ est antérieur à l'expertise bi-disciplinaire. 6. Le 14 juin 2012, le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine générale, a précisé à la Cour de céans qu'il suit l'assuré depuis 2008 mais seulement dans le cadre d'un second avis médical ; il n'est donc pas son médecin-traitant. Ce dernier est le Dr M_____. !endif]>![if> Le Dr S_____ émet l'avis que l'assuré peut exercer à 50 % dans un poste adapté à sa situation. Le Dr S_____ produit les deux documents établis précédemment, à savoir :

- un rapport du 13 octobre 2010 faisant état d'un état anxio-dépressif, de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques, d'une tendinite bilatérale au niveau des épaules et d'une hyper-cholestérolémie ; le médecin y faisait état d'une péjoration de l'état anxio-dépressif depuis le début de l'année 2010 et d'une totale incapacité de travail mais admettait qu'une capacité résiduelle de 50 % serait envisageable dans une activité adaptée, décrite comme permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter le port de

charges et les travaux en force ; le médecin ajoutait que le patient rencontrait des difficultés relationnelles;![endif]>![if> - un bref courrier adressé le 14 juin 2012 à l'OAI, indiquant que les problèmes cervicaux de l'assuré s'étaient péjorés, avec une augmentation des douleurs et des limitations fonctionnelles et une diminution de force des membres ; le médecin mentionnait également une péjoration de l'état anxio-dépressif.![endif]>![if>

7. Une audience s'est tenue en date du 12 juillet 2012 au cours de laquelle a été entendu le Dr M_____, médecin-traitant. ![endif]>![if> Le témoin a expliqué qu'il a commencé à suivre l'assuré en 2005 et 2006, puis, plus régulièrement, depuis avril 2008, avec une interruption entre octobre 2008 et octobre 2009 - année durant laquelle le témoin s'est absenté. Le témoin a également précisé que, s'il est désormais spécialisé dans la dépendance, ce n'est pas à ce titre qu'il est consulté par l'assuré. Selon le témoin, trois diagnostics principaux ont des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré : Tout d'abord, des troubles dégénératifs lombaires, avec des discopathies étagées L3-S1 et notamment une hernie en L5-S1, entraînant des douleurs neurogènes dans le membre inférieur droit, non déficitaires. Ensuite, des douleurs cervicales liées à des troubles dégénératifs également, irradiant dans le membre supérieur gauche, compliquées par un accident de la circulation survenu en novembre 2011 : durant trois semaines, il y a eu recrudescence des douleurs, puis la situation a semblé se normaliser avant une nouvelle augmentation des douleurs au printemps 2012. Enfin, un état anxio-dépressif chronique présent depuis qu'il a reçu l'assuré pour la première fois, avec somatisation. Cet état joue un rôle dans le vécu de la maladie et dans le ressenti des douleurs. Il se traduit par une certaine discrédence entre les plaintes et les constatations objectives. C'est la raison pour laquelle le témoin a conclu à un trouble somatoforme persistant. Le témoin a indiqué que l'assuré prend un traitement antidépresseur (dose correspondant au double de la dose standard). Il a suggéré une évaluation psychiatrique, surtout pour essayer de trouver un traitement mieux adapté. L'assuré n'est pas suivi par un spécialiste, car cela n'a pas paru indispensable, vu l'absence de troubles graves. Le témoin a émis l'avis que son patient, en l'état actuel, est totalement incapable d'exercer une activité lucrative, pour les raisons somatiques et psychiques évoquées plus tôt. Il a été donné lecture au témoin des conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR, dont il a indiqué que si elles correspondaient globalement à son impression clinique, sur le plan somatique, il n'en allait pas de même du plan psychique. Selon le témoin, le recourant souffre d'un trouble plus sévère qu'une simple dysthymie. L'hypocondrie et la somatisation présentes chez le patient, notamment, lui paraissent avoir des répercussions sur sa capacité de travail. En revanche, sur le plan somatique, le témoin a confirmé que ses constatations radiologiques et neurologiques rejoignent celles des médecins du SMR et qu'il n'y a jamais eu d'élément de gravité, tel qu'un déficit moteur par exemple. 8. Le 29 août 2012, le médecin traitant a produit le rapport établi suite à l'évaluation psychiatrique effectuée le 20 août 2012 par le Dr V_____, du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG.![endif]>![if> Le Dr V_____ y conclut à un trouble dépressif majeur épisode moyen, à un syndrome de stress post-traumatique et à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Selon lui, plusieurs éléments font suspecter la présence de manière chronique d'un syndrome de stress post-traumatique en lien avec les événements traumatiques vécus en Iran par l'assuré durant sa jeunesse (reviviscence des scènes sous forme de rêves, hyper-vigilance avec signes d'hyper activation du système autonome, sursauts fréquents), raison pour laquelle le médecin évoque un possible diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe se traduisant

par une attitude méfiante et parfois hostile envers le monde extérieur, un retrait social avec tendance au détachement, un sentiment de vide ou de perte d'espoir et une impression de qui-vive permanent. Selon le médecin, ces éléments sont clairement présents depuis plusieurs années, et entraînent des difficultés de fonctionnement, notamment dans les relations interpersonnelles. Les éléments persécutoires pourraient également s'inscrire dans ce diagnostic. Le médecin préconise une prise en charge psychiatrique dont il souligne qu'elle sera probablement rendue difficile par le fait que le patient n'est que partiellement conscient de ses troubles. En conclusion le Dr V _____ estime qu'il paraissait peu envisageable que le patient puisse travailler de manière complète dans un environnement non adapté. Il retient à titre de limitations psychiques : des troubles mnésiques, des troubles de la concentration et de l'attention, une fragilité psychique et une attitude souvent méfiante, rendant difficile la pratique d'une activité professionnelle. En conséquence de quoi, il conclut à une capacité de travail résiduelle mais dans un environnement clairement adapté, c'est-à-dire évitant stress, charges émotionnelles trop fortes et responsabilités. 9. Le 2 octobre 2012, le médecin traitant a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 15 août 2011. 10. Dans ses conclusions après enquêtes, le recourant a persisté dans ses conclusions. 11. Quant à l'intimé, il s'est exprimé le 25 septembre 2012. L'intimé relève que l'évaluation du Dr V _____ est postérieure de six mois à la décision litigieuse. Il considère que le fait que le Dr V _____ ait conclu à l'existence d'un trouble dépressif majeur épisode moyen suggère une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'évaluation rhumato-psychiatrique du 4 février 2011, aggravation dont il souligne qu'elle est postérieure à la décision litigieuse. Il veut pour preuve de cette aggravation le fait que le médecin traitant ait reconnu, lors de son audition, que l'assuré n'a pas été suivi précédemment par un spécialiste vu l'absence de troubles graves. 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 depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur au moment des faits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre

2005). 3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGa), il y a lieu de le déclarer recevable.!

4. Est litigieuse en l'espèce la réduction – dès janvier 2009 - puis la suppression – dès septembre de la même année - de la rente entière d'invalidité allouée jusqu'alors au recourant. Le calcul du degré d'invalidité n'est quant à lui pas contesté en tant que tel.!

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

7. Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

9. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure

administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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 352 ss consid. 3). 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGa n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

10. En l'espèce, le recourant conteste que son état se soit amélioré en octobre 2008 et en juin 2009. L'intimé s'est basé, principalement, sur le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs U_____ et T_____, du SMR, rapport qui remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, les médecins du SMR se sont livrés à une anamnèse détaillée, ont procédé à un examen clinique du recourant et ont tenu compte des plaintes rapportées par ce dernier. Leur rapport a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Les médecins du SMR ont relevé, au niveau ostéo-articulaire, des troubles statiques modérés du rachis avec une mobilité lombaire très diminuée mais aussi quatre signes de non-organicité selon Waddell sur quatre. Ils ont souligné l'absence de problème au statut neurologique - mis à part des troubles sensitifs mal systématisés. Au vu des diagnostics somatiques, les médecins ont retenu de limitations qui coïncident avec celles retenues précédemment par le Dr N_____. Les médecins du SMR ont également expliqué pour quelles raisons ils concluaient à une pleine capacité de travail : la hernie discale L5-S1 semblait avoir nettement régressé depuis l'examen du Dr N_____ (comparaison des IRM du 17 juillet 2008 avec une autre, pratiquée le 27 août 2009). Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR ont relevé que la symptomatologie dépressive d'intensité moyenne sans syndrome somatique avait été traitée par antidépresseurs et améliorée. Ils ont finalement conclu que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail avait été de 50 % dès le 7 octobre 2008 et de 100 % depuis le 27 août 2009 - date de la dernière IRM lombaire mettant en évidence une nette régression de la hernie discale. Ces conclusions vont dans le sens de celles du Dr W_____ qui, lui aussi, concluait en juin 2009 à une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée, pouvant augmenter à 100% dans un délai de quatre à six mois. On ajoutera que le médecin traitant a adhéré aux constatations et conclusions des médecins du SMR sur le plan somatique, admettant notamment, lors de son audition, qu'il n'y avait jamais eu d'élément de gravité sur ce plan. Le médecin traitant a également confirmé qu'à compter de juillet 2008, son patient aurait pu exercer une activité adaptée à 50%. Enfin, le Dr S_____, dont l'assuré invoque l'avis, partage l'opinion qu'une capacité résiduelle de travail dans un poste adapté subsiste. Certes, il la limite à 50%, mais sans motiver cette diminution de rendement. Sur le plan psychique, le médecin traitant a émis l'avis que la situation était plus sévère que celle décrite par les médecins du SMR. Il convient néanmoins de relever que la psychiatrie ne relève pas du domaine de compétence du Dr M_____, d'une part, et que ce dernier a admis n'avoir pas adressé l'assuré à un spécialiste jusqu'en août 2012 faute d'atteinte grave, d'autre part. Si l'on y ajoute que le Dr N_____, en juin 2009, a écarté toute atteinte de nature psychique et que les médecins du service de premiers recours des HUG ont fait de même en novembre 2009, force est de conclure que l'appréciation divergente du Dr V_____ en août 2012 doit au mieux être considérée comme l'indice d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant postérieure à la décision litigieuse et donc sortant du cadre du litige soumis à la Cour de céans. Cas échéant,

il appartiendra au recourant de faire valoir une éventuelle aggravation psychique par le biais d'une nouvelle demande auprès de l'OAI. Eu égard aux considérations qui précèdent, l'intimé n'avait pas de motifs de s'écarter des conclusions des médecins du SMR. C'est par conséquent à bon droit qu'il a considéré que la capacité de travail de l'assuré – se confondant en l'occurrence avec le degré d'invalidité – avait augmenté à 50% en octobre 2008 puis à 100% en juin 2009 et qu'il a réduit puis supprimé ses prestations. Mal fondé, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. ![/endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. ![/endif]>![if> 3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. ![/endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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