

GE_GERICHTE A/1621/2010 vom 12. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1621_2010

FR: GE_GERICHTE A/1621/2010 du 12 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/1621/2010 del 12 maggio 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur P _____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur P _____ (ci-après l'assuré), né en 1955, a été victime d'un accident à l'âge de 14 ans, qui a conduit à l'énucléation de son œil droit. Arrivé en Suisse en mars 1981, il a exercé le métier de carreleur jusqu'au 14 octobre 1981, date à laquelle il a été victime d'un accident du travail à la suite duquel il a été déclaré totalement incapable de continuer à exercer son métier de carreleur. Le 19 juillet 1982, l'assuré a requis l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en raison de lombalgies chroniques. Il a été mis au bénéfice d'un reclassement professionnel et a suivi une formation d'employé de bureau, sans obtenir de certificat fédéral de capacité. Le 1^{er} novembre 1988, l'assuré a été engagé en qualité de conseiller en assurances pour X _____. Il a exercé cette activité jusqu'au 8 septembre 2003, date à compter de laquelle il a été dans l'incapacité totale de travailler. Dans un rapport du 21 novembre 2003, le Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une cervico-brachialgie C6 gauche, irritative, vraisemblablement d'origine mécanique, dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis cervical. Dans un rapport du 15 décembre 2003, le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, a posé le diagnostic d'uncarthrose bilatérale étagée, prédominante en étendue du côté gauche. Le 17 mai 2004, l'assuré a été victime d'une agression à main armée à son domicile. A la suite de cet évènement, il a souffert de symptômes inhérents à un état de stress post-traumatique. Une expertise a été demandée par l'employeur de l'assuré au Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, qui a rendu son rapport le 20 septembre 2004. L'expert a retenu les diagnostics de métatarsalgies bilatérales (l'assuré a subi de très nombreuses opérations des deux pieds depuis 1983) et a émis l'hypothèse que l'assuré souffrait d'une forme légère de la maladie de Charcot Marie. L'expert a constaté que l'assuré souffrait d'une pathologie multiple se manifestant au niveau du rachis cervical, des canaux salivaires (calculs rénaux) et des lombaires. Selon lui, l'état de l'assuré semblait permettre soit un travail s'exerçant en position essentiellement assise (travail de bureau) et ce, à 100 %, soit l'activité précédemment pratiquée, mais à un taux d'occupation réduit à 50 % afin de limiter les déplacements. Le 1^{er} novembre 2004, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a attesté suivre l'intéressé pour des séquelles de chirurgie multiple du pied droit avec métatarsalgies et a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 3 mars 2004. En date du 15 décembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) en invoquant notamment les affections touchant ses pieds. Dans un rapport du 7 février 2005, le Dr D _____ a dit avoir constaté une raideur importante des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 5 bilatérales, une raideur

du médio-tarse et du Chopart des deux côtés, ainsi qu'une atrophie cutanée et un pannicule adipeux plantaire. Il a émis l'avis que le travail en position debout nécessitant des déplacements réguliers était devenu impossible pour l'assuré. Ce dernier pouvait rester en position assise huit heures par jour, en position debout deux heures par jour; il ne pouvait alterner les positions assis/debout/marche ni travailler à genoux ou accroupi; il ne pouvait ni marcher plus de 200 mètres, ni soulever de charges, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, ni travailler en hauteur. Le médecin a conclu à une capacité de travail de 25 % dans la profession précédemment exercée et de 80 % en qualité de secrétaire dès le 1^{er} mars 2005. Il a toutefois souligné qu'il faudrait aussi tenir compte du fait que l'assuré aurait des difficultés à travailler à l'écran six heures par jour, compte tenu de la perte de son œil. Le 10 mars 2005, le Dr C _____ a rendu un deuxième rapport d'expertise confirmant les métatarsalgies bilatérales et le soupçon de forme légère de la maladie de Charcot Marie. Il a également fait mention d'un status après lithiases salivaires et rénales, d'un status après perte totale de l'œil droit avec œil artificiel, de cervicobrachialgies C6 gauches sur hernie discale et d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral peu important. L'expert a relevé que les pathologies étaient multiples, mais que c'était essentiellement les problèmes rencontrés par l'assuré au niveau de ses pieds qui étaient à l'origine de ses arrêts de travail dans sa profession de consultant en assurances, activité qui impliquait des déplacements devenus de plus en plus difficiles. Le médecin a émis l'avis que plus aucune opération ne pouvait plus être envisagée, les deux pieds étant globalement enraidis et rendant la marche extrêmement difficile et douloureuse, raison pour laquelle il a jugé l'assuré incapable de reprendre son activité de conseiller en assurances. Le médecin a suggéré un reclassement dans une autre profession, s'exerçant essentiellement en position assise, n'impliquant pas de déplacements et tenant compte du fait que l'assuré n'avait plus qu'un œil valide, ce qui pouvait entraîner une fatigabilité en cas de travail à l'ordinateur. Enfin, l'expert a précisé qu'en dehors des facteurs orthopédiques touchant les pieds de l'assuré, il n'en avait pas trouvé d'autre concourant à l'incapacité de travail. Dans un rapport du 24 avril 2006, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a quant à lui retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modifications durables de la personnalité. Il a indiqué que l'assuré poursuivait son traitement de psychothérapie de façon régulière et que son état fluctuait en fonction de l'évolution de son état physique, lequel était lié à ses problèmes orthopédiques et aux vingt-trois interventions chirurgicales qui s'en étaient suivies. Le Dr E _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. En date du 13 juillet 2006, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique et psychiatrique auprès du SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après le SMR), confiée à la Dresse F _____ (psychiatre) et au Dr G _____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie). Il a été relevé que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau des deux avant-pieds, apparaissant après 50 mètres de marche à plat, mais qu'il pouvait néanmoins continuer à marcher encore 200 à 300 mètres. En ce qui concernait la colonne lombaire, aucun traitement spécialisé n'avait été effectué depuis de nombreuses années. L'assuré souffrait aussi de douleurs cervicales météo-dépendantes et décrivait l'apparition de cervicalgies lorsqu'il marchait beaucoup à plat. A la question de savoir s'il y avait des éléments évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique, il a été relevé qu'il n'y avait ni reviviscence répétée des événements ni souvenirs envahissants, ni rêves ou cauchemars, ni asthénie psychique, ni émoussement émotionnel, ni détachement par rapport aux autres ni insensibilité à l'environnement; il n'y avait pas non plus d'anhédonie, d'évitement des activités rappelant le souvenir du traumatisme; d'éléments anxieux ou de trouble de la

lignée dépressive. Tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics suivants : métatarsalgies bilatérales persistantes après multiples interventions chirurgicales, lombalgies récidivantes, cervicalgies avec brachialgies irritatives à gauche, hernie discale C5-C6, C6-C7, status après énucléation traumatique de l'œil droit, suspicion de la maladie de Marie Charcot, syndrome du tunnel carpien des deux côtés peu symptomatique, obésité avec IMC à 29, tabagisme chronique et traits de modification de la personnalité suite à une agression avec menace au pistolet. Ils ont estimé que l'assuré pouvait exercer n'importe quel métier n'impliquant ni déplacements à plat sur plus d'une cinquantaine de mètres, ni port de charges supérieures à 15 kilos, ni station debout prolongée et qu'il n'y avait par ailleurs aucune limitation du point de vue psychiatrique. Le métier de conseiller en assurances leur a semblé adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Les experts ont encore noté que les douleurs dont le patient se plaignait ne nécessitaient aucune médication et qu'il n'était pas non plus sous traitement psychotrope. Aucune investigation récente de la colonne vertébrale n'avait été effectuée et aucun traitement spécialisé n'avait été mis en place depuis de nombreuses années. Dans un rapport du 9 septembre 2006, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il a conclu à une totale incapacité de travail. Dans un rapport du 3 octobre 2006, le SMR a quant à lui conclu à une capacité entière de l'assuré dans son activité habituelle de conseiller en assurances dont il a estimé qu'elle était parfaitement adaptée à son état dans la mesure où elle n'impliquait pas le port de charges et où les déplacements s'effectuaient en train et en voiture. Quant à la modification de la personnalité de l'assuré consécutive à l'agression dont il avait été victime, le SMR a jugé qu'elle ne constituait pas une séquelle d'une expérience de catastrophe mais devait plutôt être interprétée comme un changement de choix de vie (l'assuré avait vendu sa villa non en raison du traumatisme mais parce que ses enfants n'y vivaient plus et pour en obtenir un prix favorable). Le SMR a conclu à l'absence d'atteinte à la santé d'ordre psychique portant préjudice à la capacité de travail de l'intéressé. L'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision daté du 2 novembre 2006 dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations au motif qu'il avait conservé une pleine capacité de travail tant au plan orthopédique qu'au plan psychiatrique. Le 7 décembre 2006, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision en contestant certains points de l'expertise du SMR. Il a tout d'abord allégué que s'il avait vendu sa maison, c'était bien parce qu'il ne supportait plus d'y vivre depuis l'agression. Il a ajouté qu'il revivait tout le temps l'évènement et qu'il lui arrivait d'en faire des cauchemars. Il a expliqué qu'en tant que conseiller en assurances, il devait avoir avec lui un ordinateur portable, les dossiers des clients, quelques tarifs et les propositions, ce qui constituait une charge de plus de 20 kilos. Enfin, il demandait à l'OAI de tenir compte de l'ensemble de ses problèmes de santé. Le 9 janvier 2007, les médecins du SMR ont souligné que les éléments que l'assuré contestait ressortaient de ses déclarations lors de l'entretien du 13 juillet 2006, lesquelles lui avaient été répétées avant d'être consignées par écrit. La présentation de l'assuré, telle que ressortant du procès-verbal d'audition, confirmait qu'il ne souffrait ni d'une dépression sévère ni d'un syndrome de stress post-traumatique. Quant aux diagnostics somatiques, ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail car l'activité habituelle de l'assuré était adaptée. Par décision du 22 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par acte du 27 mars 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il souffrait, outre

ses problèmes de pieds, d'une pathologie multiple se manifestant au niveau du rachis cervical par des lombalgies, et qu'il marchait avec difficulté. Il a relevé que le Dr D_____ l'avait ainsi estimé totalement incapable de travailler, notamment en raison de l'aggravation progressive de l'affection cervicale et de celle liée à l'épaule, pour laquelle des investigations étaient en cours. Sur le plan psychique, son agression avait également entraîné une incapacité totale de travail liée à un état de stress post-traumatique, comme en attestaient les Drs E_____ et H_____. L'assuré a souligné que, contrairement à ce que retenait le rapport d'expertise du SMR, ses douleurs au niveau des avant-pieds n'étaient pas occasionnelles mais continues, même au repos. Il s'est par ailleurs inscrit en faux contre les affirmations selon lesquelles il ne prendrait aucun médicament, serait capable de se mettre debout sur les talons et aurait conservé une mobilité complète au niveau cervical. Enfin, il a reproché aux médecins du SMR d'avoir omis de nombreux diagnostics, notamment concernant ses atteintes aux cervicales et à l'épaule. Par courrier du 15 mai 2007, l'assuré a produit un certificat du Dr A_____ du même jour, faisant suite à une consultation du 30 avril 2007 et posant de nombreux diagnostics, notamment ceux de maladie de Paget de l'os multifocal touchant l'omoplate droite, la clavicule droite, les vertèbres D8, L5 et l'ensemble du sacrum, de cervicalgies sur discopathies dégénératives étagées du rachis cervical aggravées au contrôle du 30 avril 2007 par rapport à celui du 20 novembre 2006, de lombalgies chroniques sur une très importante discarthrose L5-S1, de douleurs des épaules en raison d'une capsulose évolutive rétractile bilatérale et de douleurs au niveau de l'épicondyle gauche sur une épicondylite chronique. Ce médecin ne se prononçait en revanche pas la capacité de travail de l'assuré. Invité à se déterminer, l'intimé s'est référé à l'expertise pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique dont il a soutenu qu'elle devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par courrier du 8 août 2007, le recourant a produit de nouvelles pièces, au nombre desquelles des certificats des Drs H_____ et I_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, attestant d'une incapacité totale de travail pour les mois de juin 2007, respectivement de juillet 2007. Par courrier du 5 octobre 2007, accompagné d'un certificat établi en date du 3 septembre 2007 par le Dr J_____, médecin adjoint auprès du service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) et mettant en évidence des hernies discales, le recourant a notamment sollicité la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale. Par courrier du 11 octobre 2007, l'OAI a indiqué qu'il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. Par courrier du même jour, le recourant a précisé qu'il requérait une contre-expertise et non une expertise complémentaire. Par arrêt du 6 mars 2008 (ATAS/291/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré. Le Tribunal cantonal a retenu en substance que l'expertise réalisée par les médecins du SMR devait se voir reconnaître une pleine valeur probante que les troubles rapportés par d'autres médecins ne suffisaient pas à remettre en cause. Par appréciation anticipée des preuves, il a ainsi écarté la demande d'expertise de l'assuré et admis que l'activité de conseiller en assurances, exercée principalement en position assise et n'impliquant pas de port de charges, était adaptée à ses atteintes. S'agissant des nouvelles pathologies aux épaules constatées par le Dr A_____ dans son rapport du 17 mai 2007, le Tribunal a relevé qu'elles étaient postérieures à la décision querellée. En définitive, il a nié le droit de l'assuré à une rente. Le Dr C_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré en avril 2008. Dans son rapport, il a noté avoir accepté sa mission d'expertise dans un esprit de neutralité car il n'avait plus rencontré l'assuré depuis 2005, relevant qu'il était normal que les médecins traitants

prennent la défense de leurs patients et que les experts des assurances aillent dans le sens de ces instances. Il a également rappelé qu'il avait dans son premier rapport retenu que l'assuré n'était pas à même de reprendre son activité habituelle à plein temps. Après avoir résumé le contenu du dossier médical de l'assuré, l'expert a énuméré les plaintes de ce dernier.

L'assuré signalait une dégradation de son état, en raison de douleurs au rachis cervical avec diminution de la mobilité cervicale, aux deux épaules, aux deux coudes avec douleurs d'épicondylite bilatérale, aux deux mains et d'un manque de force dans les deux mains, de douleurs lombaires survenant la nuit et après vingt minutes en position assise, et de la persistance des douleurs aux pieds. Il n'était pas sensible aux changements de temps, mais ne pouvait marcher plus de 100 mètres. L'assuré rapportait également des douleurs au niveau du pli de l'aîne du côté droit. Le médecin a dit avoir constaté à l'examen clinique que l'assuré marchait légèrement penché en avant, et passait difficilement de la position assise à la position debout. Il ne relevait pas de scoliose, mais une hypercyphose thoracique marquée et raide, une hyperlordose cervicale et une hyperlordose lombaire, ainsi qu'une contracture marquée paravertébrale lombaire bilatérale et des inclinaisons latérales limitées s'accompagnant d'une contracture paravertébrale dans la concavité des deux côtés. Le test de Trendelenburg était négatif des deux côtés. La flexion antérieure était limitée à une distance doigt-sol de 50 cm et provoquait des douleurs dans la région lombaire basse et sacrée. Les réflexes bicipitaux étaient présents et symétriques, les réflexes tricipitaux absents des deux côtés, le réflexe rotulien très faible à droite, absent à gauche, et les réflexes achilléens absents des deux côtés. Le médecin ne notait pas de troubles de la sensibilité superficielle aux membres supérieurs, ni aux membres inférieurs, en particulier pas de modification de la sensibilité superficielle aux deux mains dans le territoire du nerf cubital. La mobilisation des hanches était limitée, la torsion du bassin douloureuse dans la région lombaire basse, la manœuvre de Lasègue entraînait des douleurs dès 70°. Le Dr C_____ a également mesuré la mobilité de l'assuré, constatant une limitation nette de la mobilité du rachis cervical, de l'antéflexion, de l'abduction et de la rotation interne au niveau des épaules, ainsi que de la mobilité des hanches. Le Dr C_____ a retenu les diagnostics de spondylose et spondylarthrose multi-étagées au rachis cervical, de spondylose et spondylarthrose lombaire basse, de probable cyphose dorsale de l'adolescent avec troubles statiques du rachis cervico-dorso-lombaire et inégalité de longueur des membres inférieurs, d'épicondylite bilatérale, de canal carpien bilatéral, opéré à gauche, de status après énucléation post-traumatique de l'œil droit à 14 ans, de diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche restant avec limitation du champ visuel sur glaucome, de status après multiples opérations aux deux pieds pour une maladie de Charcot-Marie, de status après fracture du fémur gauche dans l'adolescence, de status après deux opérations du canal salivaire, de status après opération sur la thyroïde et de maladie de Paget. L'hypercyphose thoracique constatée entraînait très vraisemblablement les épicondylites bilatérales et le manque de force dans les mains. L'hyperlordose lombaire avait les mêmes conséquences au niveau lombaire bas. L'expression clinique de ces atteintes se manifestait par une diminution de la mobilité de la tête, une limitation de la distance doigt-sol, et une contracture musculaire lors de l'inclinaison latérale, ce dernier signe étant impossible à simuler par un sujet sain. La disparition de certains réflexes ostéo-tendineux confirmait ces éléments, quand bien même l'assuré ne présentait pas de troubles de la sensibilité. Ces troubles statiques rachidiens étaient compliqués par la maladie de Paget diagnostiquée au milieu 2007. S'agissant des pieds, l'état n'avait pas changé depuis 2005. L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : marche limitée, grande difficulté à rester assis

longtemps et à se mobiliser, douleurs continues en raison de la maladie de Paget nécessitant la prise de morphine avec des effets secondaires tels que constipation, nausées, troubles de la vigilance, et fatigue rapide de l'œil gauche lors de lecture prolongée ou travail à l'écran. Le Dr C _____ a conclu que l'état de santé de l'assuré s'était nettement dégradé depuis 2005, et qu'il était définitivement incapable de travailler. S'agissant du début de l'incapacité de travail, l'expert a indiqué qu' "[elle était] très vraisemblablement demeurée constante, en tout cas depuis le début 2006". Saisi dans l'intervalle d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 5 mars 2009 (arrêt 9C_369/2008). Par courrier du 27 avril 2009, l'assuré a annoncé à l'OAI qu'il entendait déposer une nouvelle demande de prestations à la suite de la dégradation de son état de santé. Il lui a adressé le formulaire idoine le 19 mai 2009, accompagné d'un certificat du Dr I _____ attestant qu'il était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 10 août 2006. Par courrier du 24 juin 2009, l'assuré a produit le rapport d'expertise du Dr C _____ du 18 avril 2008. Il y a joint les certificats suivants : un certificat du Dr A _____ du 9 novembre 2006, faisant état d'une cervico-brachialgie gauche sur troubles dégénératifs du rachis cervical, une capsulose rétractile de l'épaule gauche, une épicondylite gauche, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, des lombalgies occasionnelles et des douleurs aux pieds ; un rapport de scanner du 20 novembre 2006 de la Dresse K _____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une discopathie et cervicarthrose multi-étagée avec protrusion discale postéro-latérale gauche au niveau C2-C3, une hernie discale postéro-latérale droite C4-C5 et un rétrécissement foraminaux gauche C5-C6 essentiellement par ostéophytose ; un certificat du Dr L _____ du Service de rééducation des HUG du 27 novembre 2006, faisant état d'une diminution de la hernie C5-C6 et de l'apparition d'une discopathie C3-C4 et C4-C5, et d'un important ralentissement bilatéral de la vitesse de conduction du nerf médian sensitif au carpe ; un rapport de consultation du Dr J _____ du 6 décembre 2006 ; un rapport du Dr M _____, spécialiste FMH en ophtalmologie du 1^{er} janvier 2007, indiquant que l'assuré est monophthalme depuis l'âge de 14 ans et d'une limitation de la fonction visuelle de l'œil gauche avec acuité corrigée de loin à 0.9 et de près à 0.6 sur cataracte débutante et limitation du champ visuel sur glaucome ; un certificat du Dr N _____ du 26 janvier 2007, diagnostiquant une capsulose évolutive rétractile des deux épaules ; une attestation de traitement du 6 février 2007 de Q _____, physiothérapeute; un certificat du Dr A _____ du 21 mars 2007, indiquant que l'examen neurologique montrait une force proximale globalement conservée associée à une abolition des réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres inférieurs, ainsi qu'une limitation des mouvements (inflexions latérales) au niveau du rachis lombaire ; un rapport d'IRM du rachis lombaire du Dr O _____, spécialiste FMH en radiologie, du 2 avril 2007, concluant à une très importante discarthrose L5-S1, associée une protrusion discale postérieure plus évidente au niveau postéro-latéral droit, une absence de sténose du canal rachidien lombaire, et un aspect hétérogène du corps de L5 et S1 inhabituel ; un courrier du 17 avril 2007 du Dr I _____ au Dr S _____, médecin adjoint au Service d'anesthésiologie des HUG ; un rapport de scanner du rachis lombaire du Dr O _____, du 19 avril 2007 concluant une altération de la structure de L5 et du sacrum, associant une sclérose osseuse à de petites plages lytiques, suggérant une maladie de Paget bifocale ; un rapport de scintigraphie du Dr T _____ du 14 mai 2007, concluant à une maladie de Paget de l'os multifocale, touchant l'omoplate droite, la clavicule droite, D8, L5 et l'ensemble du sacrum ; un rapport de radiographie du rachis lombaire du Dr O _____ du 14 mai 2007, confirmant une importante sclérose du corps de L5, S1 et S2, une hypertrophie du corps de L5 suggérant

une maladie de Paget, une discopathie L5-S1 dégénérative, et de discrets signes de spondylose aux autres niveaux lombaires ; le certificat du Dr A_____ du 15 mai 2007, dont le contenu a été exposé ci-dessus ; un courrier du 22 juin 2007 du Dr S_____ au Dr I_____ ; un courrier du 24 juillet 2007 du Dr S_____ au Dr I_____, indiquant que deux blocs sacro-iliaques avaient été pratiqués ; un certificat du Dr J_____ du 3 septembre 2007, confirmant l'absence d'indication chirurgicale pour les cervicalgies de l'assuré ; un certificat du Dr U_____, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG du 11 septembre 2007, concluant à un conflit sous-acromial bilatéral au vu du test de Neer positif, pour lequel une arthroscopie de l'épaule pouvait être envisagée ; une attestation de traitement du 27 septembre 2007 de PP_____, physiothérapeute ; un courrier du 12 octobre 2007 du Dr S_____ au Dr I_____, indiquant que l'assuré avait constaté une amélioration transitoire des douleurs après les interventions pratiquées et grâce à la physiothérapie ; un rapport de radiographie du Dr V_____, spécialiste FMH en radiologie, du 30 novembre 2007, concluant à une importante sclérose au niveau L5 et dans la partie supérieure du sacrum, suggérant une possible maladie de Paget ; un certificat du Dr W_____, chef de clinique du Service de chirurgie orthopédique des HUG, du 19 décembre 2007, concluant à ce qu'une arthroscopie de l'épaule avec acromioplastie n'était pas judicieuse dans le cas de l'assuré, compte tenu de l'origine multiple de ses douleurs ; un courrier du 10 janvier 2008 du Dr AA_____, certifiant avoir vu l'assuré en urgence en raison d'une exacerbation de douleurs de la nuque et des membres supérieurs sur hernie discale cervicale; un certificat du Dr A_____ du 17 mars 2008, énumérant les diagnostics et attestant d'une incapacité de travail totale; un rapport des médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG du 18 avril 2008, retenant que l'assuré souffrait des cervicobrachialgies chroniques avec une très importante contracture de la musculature para-vertébrale n'ayant répondu que temporairement à la physiothérapie, et mettant en évidence des troubles dégénératifs étagés sans compression du névraxe, une douleur des coudes compatible avec une épicondylite chronique, l'origine de la diminution de la force et de la paresthésie bilatérale des deux derniers doigts restant indéterminée au regard du bilan neurologique normal ; un rapport du Dr A_____ du 24 octobre 2008, indiquant que la symptomatologie de l'assuré était vraisemblablement liée à une épicondylite bilatérale ; un rapport du Dr A_____ du 11 novembre 2008, indiquant que les examens neurologique et électroneuromyographique de l'assuré étaient superposables à ceux de mars 2007, sans évidence de polyneuropathie ; un courrier du 15 janvier 2009 du Dr AB_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie au Dr AC_____, diagnostiquant une embolie de cholestérol de l'orteil (blue toe syndrome), et indiquant la nécessité d'introduire à moyen terme un traitement contre l'hypertension ; un certificat du Dr I_____ du 8 avril 2009 attestant d'une incapacité de travail complète depuis le 10 août 2006 ; un rapport d'IRM du rachis cervical du Dr O_____ du 30 avril 2009, confirmant une atteinte dégénérative pluri-étagée touchant tous les disques cervicaux sauf C7-D1, caractérisée par des pincements multi-étagés et des phénomènes de dessiccation discale ; un rapport d'IRM du rachis cervical du Dr O_____ du 30 avril 2009, confirmant une sténose du canal rachidien sans signe d'aggravation par rapport aux radiographies pratiquées en avril 2007, ni signe de myélopathie cervicale ; un rapport d'IRM du Dr O_____ du 6 mai 2009, mettant en évidence une hyper intensité des corps de L5-S1 par rapport à l'examen d'avril 2007, compatible avec des altérations de Paget ; un certificat du Dr L_____ du 15 juin 2009, faisant état d'une nette dégradation

de l'état de l'assuré depuis novembre 2006, liée non seulement à la symptomatologie initiale mais également à la maladie de Paget et à des troubles métaboliques, rendant illusoire la reprise d'une activité sociale normale ; et, enfin, un rapport de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG du 25 juin 2009, indiquant que l'état de santé de l'assuré s'était nettement dégradé depuis son passage en 2007 et qu'il n'était pas en mesure de travailler dans le marché primaire ou dans un atelier protégé. Le 14 septembre 2009, la Dresse AD _____, médecin auprès du SMR, a émis l'avis qu'il y avait lieu de reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 9 novembre 2006 selon le certificat du Dr A _____, en soulignant qu'une épicondylite gauche et une capsulose rétractile de l'épaule gauche et une maladie de Paget étaient apparues depuis le dernier examen par le SMR. Le 4 janvier 2010, la Dresse AE _____, médecin au SMR, a émis l'avis que la position de la Dresse AD _____ devait être corrigée en ce sens que l'état de l'assuré s'était aggravé - conduisant à une totale incapacité de travail - depuis avril 2007 et non novembre 2006, conformément à ce qui ressortait du rapport établi par le Dr A _____ à la suite de sa consultation du 30 avril 2007. Le 15 janvier 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente. L'OAI a considéré que depuis le 1^{er} avril 2007 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré avait été considérablement restreinte au point de devoir être considérée comme nulle dans toute activité professionnelle. Compte tenu du délai minimal de six mois entre la demande et l'octroi de prestations, l'assuré se verrait verser une rente entière dès le 1^{er} octobre 2009. Par décision du 24 mars 2010, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 15 janvier 2010. Par courrier du 5 mai 2010, l'assuré a sollicité de l'OAI la révision, subsidiairement la reconsidération de sa décision du 22 février 2007, avec fixation du début de son droit au 1^{er} novembre 2007. Parallèlement, par acte du 5 mai 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant, sous suite de dépens, à la révision de la décision du 22 février 2007 et de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 6 mars 2008, à l'annulation de la décision du 24 mars 2010 et à ce que le droit à la rente lui soit reconnu dès le 1^{er} novembre 2007, avec intérêts moyens à 5 % sur les prestations dues. Le recourant allègue avoir indiqué, dans le cadre de son recours contre la décision du 22 février 2007 qu'il faisait encore l'objet d'investigations médicales et avoir produit le certificat établi par le Dr A _____ le 15 mai 2007, lequel indiquait une aggravation de son état de santé dès le 30 avril 2007. Le recourant reproche au Tribunal cantonal de n'en avoir pas tenu compte. Il relève que le SMR, dans son avis du 26 juin 2009, a admis le fait qu'il a été dans l'incapacité totale de travailler dès le mois de novembre 2006. Selon le recourant, cet avis constitue tant un fait nouveau qu'une preuve nouvelle, découverte lors de la consultation du dossier établi dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, et doit entraîner la révision procédurale de la décision de l'OAI du 22 février 2007. Le recourant requiert également la révision de l'arrêt du Tribunal cantonal, en rappelant que la demande de révision ne peut être adressée au Tribunal fédéral dès lors que celui-ci doit fonder son raisonnement sur les faits tels qu'ils ont été établis par l'autorité inférieure. A titre subsidiaire, il sollicite la transmission de sa demande de révision au Tribunal fédéral. A l'appui de son recours, l'assuré allègue que sa demande de prestations date de 2004 et que l'intimé ne peut donc lui appliquer une disposition entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et lui imposer un délai de six mois après le dépôt de sa demande de prestations. Il soutient en outre que les nombreux certificats qu'il a adressés à l'intimé dans le cadre de la procédure de recours contre sa

décision du 22 février 2007 devaient conduire celui-ci à instruire d'office. Le recourant en tire la conclusion que l'intimé a ainsi violé son obligation de renseigner et d'instruire d'office en ne l'informant pas qu'il devait déposer une nouvelle demande de prestations pour obtenir une rente. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1^{er} juin 2010, a conclu au rejet du recours. L'intimé allègue que selon la jurisprudence, la révision n'est possible que si les faits sur lesquels se fonde celui qui la requiert pouvaient encore être allégués dans la procédure principale, mais n'étaient pas connus du demandeur ou ne pouvaient être prouvés. Il rappelle que les moyens de preuve nouveaux ne doivent pas servir à l'appréciation des faits, mais à les établir, une simple appréciation différente des faits ne donnant pas motif à révision. Dans le cas présent, l'intimé soutient que l'avis du médecin du SMR du 14 septembre 2009 ne constitue pas un fait nouveau antérieur à la décision mais découvert après celle-ci, mais une appréciation médicale nouvelle de faits déjà connus. Il relève que le SMR est d'ailleurs revenu sur cette appréciation dans son avis du 4 janvier 2010, en fixant sans ambiguïté la date du début de l'incapacité de travail à avril 2007. L'intimé en tire la conclusion que les éléments invoqués par le recourant à l'appui de sa demande de révision portent sur des faits postérieurs à la décision et qu'ils doivent dès lors faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations, que le recourant a d'ailleurs déposée en mai 2009. Quant à son obligation d'instruire d'office suite aux nouveaux certificats produits lors de la précédente procédure de recours, l'intimé fait valoir qu'il lui était loisible, selon la jurisprudence, de renoncer à l'instruction pour des motifs d'économie de procédure, dans la mesure où l'examen par l'autorité de recours pouvait avoir une incidence sur la suite à donner à ces nouveaux éléments - notamment en cas d'admission du droit à la rente - et lui permettait de surseoir à leur examen jusqu'à droit connu sur les procédures de recours engagées. Le recourant a répliqué par écriture du 22 juin 2010. Il allègue qu'il ne saurait être pénalisé du fait que l'intimé a sursis à son obligation d'instruire d'office son dossier, alors qu'il lui avait fait parvenir l'ensemble des nouveaux éléments médicaux, et que l'intimé avait l'obligation de le renseigner sur le fait qu'il n'entendait pas procéder à de nouvelles mesures d'instruction au vu des nouvelles pièces. Il soutient qu'en faisant systématiquement parvenir à l'intimé ses certificats médicaux, il a clairement manifesté sa volonté d'obtenir une rente et qu'il y a lieu de considérer qu'il s'agit là d'une demande de prestations. Il relève enfin qu'aux termes de la loi, une modification de la capacité de gain donne lieu à une modification du droit aux prestations dès que la modification a duré trois mois sans interruption notable. Partant, le recourant a modifié ses conclusions et conclu à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} février 2007, soit trois mois après le début de l'incapacité de travail reconnue par la Dresse AD_____. Par courrier du 13 juillet 2010, l'intimé a soutenu qu'il se justifiait de procéder à un complément d'instruction, compte tenu des arguments avancés, et a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Le recourant s'est déterminé sur cette conclusion nouvelle par courrier du 19 juillet 2010, en rappelant que la question était purement juridique et a prié le Tribunal cantonal des assurances sociales, en cas de renvoi, d'inviter l'intimé à rendre une décision dans le sens des considérants. Le 9 août 2010, la Dresse AE_____ s'est déterminée sur l'expertise du Dr C_____. Elle a rappelé que les médecins du SMR sont indépendants et a réfuté l'allégation selon laquelle ils établiraient leurs conclusions dans un sens favorable aux instances de l'assurance-invalidité. Elle a par ailleurs relevé que le Dr C_____ n'indiquait pas en quoi, objectivement, l'état de santé du recourant s'était aggravé et a estimé possible que cette aggravation soit postérieure à la décision de février 2007, puisque le recourant n'a pris de la morphine qu'à la fin de l'année 2007. La

Dresse AE_____ a conclu que l'assuré souffre d'une nouvelle atteinte au niveau du rachis cervical essentiellement, qui induit des limitations fonctionnelles, mais dont les incidences sur sa capacité de travail ne peuvent être déterminées, raison pour laquelle elle a préconisé une évaluation rhumatologique spécifique. Dans sa duplique du 13 août 2010, le recourant a fait valoir que les conclusions de la décision attaquée s'appuyaient sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 18 avril 2008, dont il a reconnu qu'il n'était pas suffisamment étayé pour déterminer la date de survenance de l'aggravation. Se référant à l'avis de la Dresse AE_____, il a à son tour conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Le recourant s'est déterminé par courrier du 1^{er} septembre 2010 en soulignant que l'avis de la Dresse AD_____ du 14 septembre 2009 était catégorique, et que le nouvel avis du 9 août 2010 de la Dresse AE_____ n'était qu'une opinion sans valeur d'expertise ni preuve médicale. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé par pli du 7 septembre 2010. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Dans le cas présent, l'écriture du 5 mai 2010 constitue à la fois une demande de révision de la décision initiale de l'intimé du 22 février 2007 et un recours contre sa décision du 24 mars 2010. Il convient dès lors d'examiner séparément la compétence de la Cour de céans pour ces deux procédures. a) La demande de révision porte sur un litige qui a été tranché au fond par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 5 mars 2009. Il s'en suit qu'une éventuelle demande de révision pour faits ou moyens de preuve nouveaux doit être introduite devant cette juridiction, conformément à l'art. 123 al. 2 let. a de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2007 (LTF; RS 173.110; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 22 ad art. 53). Partant, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur la demande de révision, qui doit dès lors être déclarée irrecevable, conformément à l'art. 13 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RSG E 5 10). L'autorité qui s'estime incompétente doit transmettre l'affaire à l'autorité compétente, en vertu d'une obligation qui découle d'un principe général du droit administratif (qui trouve notamment son expression à l'art. 8 al. 1^{er} de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] et l'art. 30 LPGA) également applicable du droit des assurances sociales, même en l'absence de règle idoine de droit fédéral ou de droit cantonal (ATF I 521/02 du 2 mai 2003, consid. 2, ATF 102 V 73 , consid. 1). En conséquence, la demande de révision sera transmise au Tribunal fédéral. b) La compétence de la Cour de céans pour statuer sur le recours interjeté contre la décision du 24 mars 2010 est en revanche établie, conformément aux dispositions exposées ci-dessus. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, la question de savoir quel droit s'applique doit être tranchée à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 , consid. 1.1, ATF 129 V 1 , consid. 1.2, ATF 127 V 466 , consid. 1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur

(ATF 117 V 71, consid. 6b). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours dirigé contre la décision du 24 mars 2010 est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur la question de savoir à quel moment a pris naissance le droit du recourant à la rente entière d'invalidité que lui a consentie l'assurance-invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 1 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 et à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). L'incapacité de gain est définie comme 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. 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 (ATF I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert

aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) 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 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). En l'espèce, l'expertise du Dr C_____ correspond aux réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître valeur probante. Elle se fonde en effet sur une étude détaillée du dossier médical, contient une anamnèse fouillée, tient compte des plaintes du recourant et a été établie à la suite d'un examen clinique complet. Ses conclusions quant à l'incapacité de travail du recourant sont motivées. Le Dr C_____ n'a cependant pas indiqué avec précision le début de l'incapacité de travail, notant qu'il était vraisemblable que celle-ci n'ait pas évolué depuis le début 2006. Ce point n'est cependant pas décisif en l'espèce, puisqu'il est possible de dater la dégradation de l'état de santé du recourant grâce aux nombreux autres certificats médicaux versés au dossier, notamment au certificat du Dr A_____ du 15 mai 2007 qui faisait état d'une aggravation au 30 avril 2007 par rapport au contrôle effectué en novembre 2006 et évoquait le diagnostic de maladie de Paget. C'est d'ailleurs en se fondant sur les constats du Dr A_____ lors de sa consultation du 30 avril 2007 que le SMR a conclu à une incapacité de travail totale dès le mois d'avril 2007, étant précisé que l'indication du début de l'incapacité de travail en novembre 2006 dans l'avis établi par la Dresse AD_____ en date du 14 septembre 2009 semble à l'évidence résulter d'une erreur de plume, corrigée par la Dresse AE_____ le 4 janvier 2010. L'incapacité de travail du recourant depuis avril 2007 est donc établie et il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle expertise. Les critiques du service médical de l'intimé à l'égard de l'expertise du Dr C_____ tombent d'ailleurs à faux. En effet, contrairement à ce qu'affirme la Dresse AE_____, l'expert a étayé tous les éléments objectifs permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé du recourant. En outre, en déclarant que le recourant souffre essentiellement d'une nouvelle atteinte au niveau du rachis cervical, le médecin du SMR perd de vue les nombreuses autres atteintes apparues depuis la décision initiale de l'intimé, telles que la maladie de Paget - dont l'expert a indiqué qu'elle entraînait des douleurs nécessitant l'administration de morphine - ainsi que les problèmes rencontrés par l'assuré au niveau des épaules et des coudes. Quant au fait que le Dr C_____ a été mandaté par le recourant, il ne s'agit pas là d'un élément suffisant à remettre en cause la qualité de son expertise, comme cela ressort de la jurisprudence précitée. Partant, rien ne justifie une nouvelle expertise. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; KIESER, op. cit. , n. 72 ad art. 61). Compte tenu des différents éléments médicaux versés au dossier, il y a ainsi lieu d'admettre que l'incapacité de gain du recourant est totale et qu'il est donc à être reconnu invalide à 100%. S'agissant de la date à compter de laquelle le recourant peut se voir reconnaître le droit à une rente entière, la Cour de céans rappelle ce qui suit. a) A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 29 al. 1 LAI prévoyait que le droit à la rente naissait au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Cette exigence d'un délai minimal de six mois après le dépôt de la demande a été introduite lors de la 5^{ème} révision de l'AI afin d'encourager les assurés à ne pas retarder le dépôt d'une demande jusqu'à ce qu'ils aient épuisé leur droit aux prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4290). b) Dans le présent cas, l'incapacité de travail a débuté avant l'entrée en vigueur du nouvel art. 29 al. 1 LAI. Il convient dès lors d'examiner si l'exigence temporelle liée au dépôt de la demande rente prévue par cet article est applicable. Il y a lieu de répondre par l'affirmative. En effet, selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à la rente, ce moment est réputé survenu au terme de l'année durant laquelle l'assuré a subi une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable (ATF I 423/04 du 2 juin 2005, consid. 3.2). Dans le cas du recourant, le délai d'attente d'une année est arrivé à échéance en avril 2008. L'invalidité est donc survenue sous l'empire du nouveau droit, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'art. 29 al. 1 LAI. Par surabondance, on ajoutera que l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa circulaire n°253 du 12 décembre 2007 concernant la 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire, a certes admis une exception à ce principe lorsque le délai d'attente d'une année est venu à échéance en 2008, mais pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard, ce afin de tenir compte du fait que les assurés n'étaient alors pas encore suffisamment informés de cette modification législative. Le recourant ne peut toutefois se prévaloir de cette exception, dès lors qu'il n'a déposé sa nouvelle demande qu'en avril 2009. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a appliqué le nouvel art. 29 al. 1 LAI. Le recourant fait par ailleurs valoir qu'il a systématiquement fait suivre à l'intimé les certificats médicaux postérieurs à la décision initiale de refus de rente dans le cadre de la procédure de recours dirigée contre ladite décision, et lui reproche d'avoir violé son obligation d'instruire d'office en ne statuant pas sur son cas plus tôt. Le recourant ne saurait être suivi sur ce point. Il sied en effet de relever que les documents médicaux qu'il a produits l'ont été dans le cadre de la procédure de

recours qu'il avait initiée contre la décision du 22 février 2007, afin d'en obtenir l'annulation et non dans le cadre d'une nouvelle demande. Ces certificats n'ont pas été pris en considération par le Tribunal cantonal, eu égard au principe selon lequel la légalité des décisions est appréciée par l'autorité de recours en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 , consid. 1b, ATF 116 V 246 , consid. 1a). On relèvera que le recourant, après le rejet de son recours par le Tribunal fédéral, ne les a pas fait valoir auprès de l'intimé et n'a jamais interpellé celui-ci. On ne peut dès lors considérer que le recourant, en produisant ces certificats devant le Tribunal cantonal, aurait déposé une nouvelle demande que l'intimé aurait dû instruire d'office. On en veut d'ailleurs pour preuve le courrier que le recourant a adressé à l'intimé le 27 avril 2009, dans lequel il manifeste clairement sa volonté de déposer une nouvelle demande et qui démontre qu'il était conscient que la production des certificats en question dans le cadre de la procédure de recours ne pouvait être considéré comme valant nouvelle demande. La procédure administrative est régie soit par la maxime d'office, soit par la maxime de disposition. Lorsque la première est applicable, c'est à l'autorité qu'appartient le droit et le devoir d'ouvrir la procédure, d'en définir l'objet et d'y mettre fin par une décision ou un jugement. Dans une procédure dominée par la maxime de disposition, c'est en revanche aux parties qu'il incombe d'introduire la procédure, d'en déterminer l'objet et de la clore. Il convient de ne pas confondre maxime d'office et maxime inquisitoire - applicable à la procédure administrative et en vertu de laquelle il appartient à l'autorité de diriger la procédure et d'établir les faits d'office (Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 175). En assurances sociales, la maxime d'office est applicable aux procédures d'assujettissement et de prélèvement des cotisations. En revanche, les procédures en matière de prestations sont régies par la maxime de disposition et nécessitent le dépôt d'une demande (KIESER, op. cit. , n. 11 ad art. 43). En d'autres termes, le devoir d'instruire d'office n'a pas pour corollaire l'application de la maxime d'office, et l'intimé n'avait pas à instruire en-dehors de toute demande de prestations d'un assuré. Ce grief se révèle donc infondé. Dans un deuxième grief, le recourant allègue que si l'intimé n'entendait pas ouvrir une instruction, il lui incombait à tout le moins de l'en informer et d'attirer son attention sur le fait qu'il devait formellement déposer une nouvelle demande. Selon le recourant, en n'agissant pas de la sorte, l'intimé aurait violé son obligation de renseigner. En vertu de l'art. 27 al. 2 LPGA, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (1 ère phrase). Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (2 ème phrase). De leur côté, les assurés doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (art. 28 al. 1 LPGA); en particulier, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Cette obligation de renseigner est concrétisée dans l'assurance-invalidité à l'art. 3c al. 6 LAI. Cette disposition arrête qu'au besoin, l'office AI ordonne à l'assuré de s'annoncer à l'AI (art. 29 LPGA) et l'informe du fait que les prestations peuvent être réduites ou refusées s'il ne s'annonce pas dans les meilleurs délais. Du point de vue de la procédure, l'obligation de renseigner suppose en principe une demande dans ce sens de l'intéressé, mais l'assureur doit également dispenser des conseils et des renseignements sans requête expresse lorsqu'il constate un besoin d'informations (ATF K 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 3.3). En l'occurrence, le recourant ne pouvait ignorer la nécessité d'introduire une nouvelle demande formelle. En effet, le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans son arrêt du 6 mars 2008, a exposé les motifs pour lesquels il ne

pouvait prendre en considération les atteintes postérieures à la décision litigieuse et a expressément attiré l'attention du recourant sur le fait qu'il lui était loisible de déposer une nouvelle demande basée sur les nouveaux troubles apparus. Le recourant était de plus représenté par un avocat, à même de lui expliquer les considérants de l'arrêt précité. Il était dès lors informé des démarches à entreprendre, de sorte que l'intimé n'avait pas à l'éclairer davantage sur ce point et ne saurait se voir reprocher une violation de son obligation de renseigner. Dans un dernier moyen, le recourant conclut à l'octroi d'une rente dès le mois de février 2007 - soit trois mois après le début de l'incapacité de travail évoqué par la Dresse AD _____ dans son avis du 14 septembre 2009 - en se prévalant de l'art. 88a al. 2 1^{ère} phrase du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201). Aux termes de cet article, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Cet argument n'est pas pertinent. En premier lieu, comme on l'a vu plus haut, la mention d'un début d'incapacité de travail totale en novembre 2006 est manifestement erronée. En second lieu, l'art. 88a RAI ne trouve quoi qu'il en soit application qu'en cas de révision de la rente, soit dans l'hypothèse où l'assuré concerné perçoit déjà des prestations de l'assurance. Tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque, préalablement à la décision du 24 mars 2010, aucune invalidité n'avait été reconnue à l'assuré. Or, le délai de trois mois de l'art. 88a RAI - étroitement lié à un cas de révision - ne saurait débiter avant que la période de carence d'une année ne soit arrivée à échéance (arrêt I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est mal fondé et sera rejeté, la décision de l'intimé du 24 mars 2010 étant confirmée. L'art. 69 al. 1 bis LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. En l'espèce, l'émolument sera arrêté à 200 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare la demande de révision irrecevable. La transmet au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence. Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD 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