

GE_GERICHTE A/252/2015 vom 3. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_252_2015

FR: GE_GERICHTE A/252/2015 du 3 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/252/2015 del 3 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1965 au Portugal, arrivé en Suisse en 1989, a travaillé en tant que poseur de faux-planchers techniques. 2. Suite à une demande de prestations de l'assuré, qui souffrait de lombalgies et de cervico-brachialgies, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) l'a mis au bénéfice d'un reclassement professionnel en tant que dessinateur en bâtiment (CFC) du 14 août 2000 au 31 décembre 2006. 3. L'OAI a également octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, de décembre 1997 à mai 1998 et de janvier à novembre 2000 (cf. décision du 25 septembre 2007). 4. Dès 2007, l'assuré a travaillé en tant que dessinateur en bâtiment. 5. Le 10 janvier 2010, l'assuré a chuté et s'est réceptionné sur le dos et l'épaule droite. 6. En incapacité totale de travail, il a déposé en date du 21 juin 2010 une nouvelle demande de prestations, rejetée par l'OAI par décision du 19 janvier 2012, au motif que si l'assuré avait bel et bien été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité du 11 janvier au 31 octobre 2010, il avait recouvré, dès novembre 2010, une capacité de 80% dans son activité habituelle de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport rédigé le 15 janvier 2010 par le docteur B_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une échographie de l'épaule droite de l'assuré concluant à l'absence de tuméfaction de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, à des tendons de la coiffe des rotateurs marqués par une fibrose du sus-épineux, mais intacts, sans séquelle de déchirure ni séquelles inflammatoires, et à un tendon du sous-scapulaire parfaitement intact et régulier ; le long chef était en place, serré dans son passage intra-articulaire par un épaissement sténosant de la capsule ; il existait une certaine hyperémie en surface de la capsule, correspondant à une capsulite rétractile de l'épaule ; - un rapport établi le 9 février 2010 par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une imagerie à résonance magnétique (IRM) cervicale, concluant à une hernie discale sous forme d'une protrusion médiane en C4-C5, comprimant le cordon médullaire sans signe de myélopathie, à une discarthrose étagée marquée en C4-C5, modérée en C5-C6 et C6-C7, et à l'absence de rétrécissement foraminal ; - un rapport daté du 3 août 2010, du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, indiquant qu'une arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 27 juillet 2010 révélait une importante arthrose acromio-claviculaire droite à composante érosive, de discrets signes de bursite sous-acromio-deltoïdienne, mais pas d'anomalie

significative du tendon du sus-épineux, en particulier pas d'argument pour une rupture transfixiante;![endif]>![if> - un rapport rédigé le 1^{er} octobre 2010 par les docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____, médecin-assistant à la clinique romande de rééducation (CRR - où l'assuré a séjourné du 21 juillet au 17 août 2010), mentionnant des thérapies physiques et fonctionnelles pour cervico-brachialgie droite, une chute avec réception sur le dos et l'épaule droite le 10 janvier 2010, des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, une arthrose acromio-claviculaire droite, des cervicalgies persistantes, des troubles dégénératifs cervicaux C3 à C7, un canal cervical rétréci (avant tout au niveau C4-C5) par les troubles dégénératifs, un probable syndrome radiculaire C5 droit, un accès aigu de lombalgie au décours (dans le contexte de lombalgies chroniques), une discrète neuropathie du médian droit au tunnel carpien et des lombalgies basses depuis 1995 ; selon les médecins, l'ensemble du bilan pratiqué ne permettait pas de retrouver de pathologie significative concernant l'articulation de l'épaule, hormis une arthrose acromio-claviculaire banale;![endif]>![if> - un rapport établi le 17 octobre 2010 par le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant, suite à une IRM de la colonne cervicale de l'assuré, à la stabilité des atteintes discales et de la cervico-discarthrose étagée par rapport aux comparatifs de février 2010, à une hernie discale médiane C4-C5 exerçant une empreinte significative sur la partie ventrale du cordon médullaire, à un débord discal en C6-C7 paramédian gauche, avec une saillie disco-ostéophyttaire large, s'étendant au foramen de conjugaison C6-C7 gauche et précisant qu'un conflit avec la portion foraminale de C8 à gauche n'était pas exclu;![endif]>![if> - des rapports rédigés les 6 décembre 2010 et 24 janvier 2011 par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), concluant à des cervico-brachialgies droites avec déficit sensitivo-moteur du membre supérieur droit et à une hernie discale médiane C4-C5;![endif]>![if> - un rapport du 4 février 2011 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie auprès des HUG, concluant, après des IRM de la colonne totale avec examen comparatif myélo-CT (les 15 octobre et 14 décembre 2010), à une hernie discale calcifiée C4-C5 inchangée avec rétrécissement canalaire et empreinte médullaire sans signe de myélopathie, à des protrusions discales foraminales C3-C4 et C6-C7 gauches et, au niveau lombaire, à une protrusion discale circonférentielle L5-S1, sans rétrécissement canalaire ou foraminal significatif mais avec contact avec la racine L5 droite;![endif]>![if> - un rapport rédigé le 14 mars 2011 par le docteur J_____ spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), diagnostiquant, après examen de l'assuré, des cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C4-C5 et rétrécissement canalaire, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et une arthrose acromio-claviculaire ; ce médecin mentionnait également, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien droit, une discrète arthrose nodulaire des doigts et des troubles statiques modérés des pieds ; les limitations fonctionnelles étaient pour la plupart bien respectées dans l'activité habituelle, laquelle pouvait être exercée à 80% ; il y avait eu incapacité de travail totale dans toute activité du 11 janvier au 31 octobre 2010 mais, dès le 31 octobre 2010, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 80% dans l'activité de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée ; le médecin du SMR relevait notamment de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire droite et une toute petite ossification ronde à la pointe de l'acromion, sans signification pathologique ; une arthro-IRM de l'épaule droite ne mettait en évidence qu'une arthrose acromio-claviculaire

d'importance moyenne, une coiffe en ordre, sans aucun signe de tendinopathie, ni de rupture ; la trophicité musculaire était bonne ; sur les coupes transversales, le supra-scapulaire, le long biceps et l'infra-épineux ne présentaient pas d'anomalie ; il n'y avait pas de signe radiologique pour une capsulite rétractile, contrairement à ce qui avait été retenu à l'échographie de l'épaule droite du 15 janvier 2010 ; d'ailleurs, cliniquement, il n'y avait pas de signe pour une telle pathologie ; enfin, le dernier électromyogramme (EMG) pratiqué par le docteur K_____ en octobre 2010 n'avait pas confirmé la présence d'une atteinte radiculaire C5 droite, évoquée lors d'un EMG pratiqué par le docteur L_____ en juillet 2010 ;

l'avis émis le 30 mars 2011, par le docteur M_____, médecin auprès du SMR, se rangeant aux conclusions du Dr J_____ : l'assuré souffrait de cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C4-C5 et rétrécissement canalaire, de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'une arthrose acromio-claviculaire ; s'y ajoutaient des diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité : une suspicion clinique du syndrome du tunnel carpien à droite, une discrète arthrose nodulaire des doigts et des troubles statiques modérés des pieds ; l'incapacité de travail avait été entière du 11 janvier au 31 octobre 2010, puis de 20% dans l'activité habituelle dès le 1er novembre 2010 et de 0% dans une activité adaptée. 7. A compter de septembre 2012, l'assuré a travaillé à plein temps en qualité de poseur de faux-planchers techniques auprès de N_____ SA (ci-après : l'employeur).

Le 24 janvier 2013, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. S'en est suivi une incapacité de travail totale.

Le jour même, les médecins du service des urgences des HUG ont diagnostiqué une contusion du rachis cervico-dorsale : en chutant, l'assuré avait heurté son bassin et sa tête, sans perte de connaissance. Depuis, il avait eu des vertiges rotatoires et des nausées, sans vomissements, en régression. Etaient également apparues des douleurs cervicales en aggravation progressive avec irradiation bilatérale sur les trapèzes, associées à une légère perte de sensibilité au membre supérieur droit (le patient était déjà connu pour une hypoesthésie du membre supérieur droit sur spondylopathie cervicale). Les douleurs descendaient aussi au niveau dorsal et le patient ressentait une gêne au niveau lombaire. Il n'y avait pas de fracture visualisée. A titre d'antécédents généraux, étaient indiqués : une hernie discale paramédiane calcifiée au niveau C4-C5, des troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive et des troubles de la personnalité.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accidents, a pris en charge le cas jusqu'au 26 juin 2013. Des indemnités journalières pour perte de gain maladie ont par la suite été versées par Mutuel Assurances SA (ci-après : l'assureur perte de gain maladie).

Le 17 octobre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant un traumatisme crânien (TCC).

L'assureur perte de gain maladie a transmis à l'OAI son dossier et notamment les pièces suivantes :

- un rapport établi le 13 février 2013 par le docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, indiquant qu'un CT-scan cérébral du 12 février 2013 ne révélait pas d'image pathologique;
- un rapport du 8 mars 2013 du docteur P_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, concluant à un examen normal ne permettant pas de retenir une étiologie des voies vestibulaires périphériques ou centrales expliquant la pathologie et les plaintes de l'assuré (instabilités, vertiges, troubles gnosiques de la mémoire et ralentissements mentaux diffus);
- un rapport du 25 mars 2013 du docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie,

concluant à une IRM cérébrale sans anomalie significative ; il n'y avait en particulier ni séquelle hémorragique ou micro-hémorragique parenchymateuse identifiable, ni prise de contraste pathologique ou d'effet de masse, ni image évocatrice d'une séquelle hémorragique des espaces méningés, ni collection pathologique à ce niveau; !endif>![if>

- un rapport du 23 mai 2013 du docteur R_____, spécialiste FMH en neurologie, notant que, lors de l'accident, l'assuré s'était plaint d'un vertige rotatoire et de nausées ; les HUG avaient retenu le diagnostic de contusion du rachis cervico-dorsal après un examen neurologique non déficitaire et un scanner cérébral qui n'avait pas révélé de fracture ; le repos avait permis d'améliorer un peu la symptomatologie ; l'assuré avait lui-même repris le travail pendant quinze jours ; après quelques jours, il s'était plaint d'une céphalée en casque, d'un trouble de l'équilibre, d'un trouble de la concentration et d'une impression d'instabilité à la marche ; il était donc à nouveau à l'arrêt ; l'assuré se plaignait d'une céphalée peu invalidante mais présente, d'un trouble de la concentration, d'un trouble de la mémoire et d'un "cerveau lourd" ; l'ensemble de la clinique et la symptomatologie de l'assuré s'inscrivait très probablement dans le cadre d'un syndrome post-traumatique persistant, peut-être exacerbé par la reprise du travail ; l'accident pouvait être qualifié de gravité faible ; avec une évolution clinique ordinaire, on devait s'attendre à une diminution, voire à une disparition de la plupart des symptômes dans l'année suivant l'accident, même si on savait que des symptômes résiduels mineurs pouvaient persister plus longtemps ; un traitement de Saroten était conseillé ; il n'était pas exclu que des facteurs liés au probable licenciement prochain de l'assuré jouent un rôle dans l'évolution défavorable ; cependant, l'assuré était encore dans une temporalité de syndrome post-traumatique; !endif>![if>

- un rapport du 30 juillet 2013 du docteur S_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, faisant état d'un TCC le 24 janvier 2013 avec persistance de vertiges, céphalées, instabilité, ralentissement psychomoteur et troubles de la mémoire et concluant à une totale incapacité de travail depuis le 30 janvier 2013, en précisant que l'assuré avait échoué dans la reprise de son activité de poseur de moquettes et de faux-plafonds. !endif>![if> 13. A la demande de l'assureur perte de gain maladie, l'assuré a été examiné par le docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 11 octobre 2013, a diagnostiqué des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs, sans critères de gravité jurisprudentiels remplis (F54). L'expert, tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et du déconditionnement de l'assuré, a conclu à une capacité de travail, d'un point de vue purement psychiatrique, nulle jusqu'au 31 octobre 2013, de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2013 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} décembre 2013, dans toute activité adaptée au status somatique. !endif>![if> 14. Le 25 octobre 2013, le Dr R_____ a diagnostiqué un TCC et un état dépressif depuis le 24 janvier 2013. Il n'y avait ni fracture visualisée, ni séquelle. Le pronostic était favorable et aucune médication n'était proposée. Le médecin recommandait la prise en charge de l'état dépressif de l'assuré. L'incapacité de travail était totale du 24 janvier au 29 avril 2013; il n'y avait pas de restriction physique après le 29 avril 2013 "pour l'accident". Les limitations consistaient en une fatigabilité et en une perte de concentration. Le rendement était réduit en raison de l'état dépressif persistant. !endif>![if> 15. Le 28 octobre 2013, le Dr S_____ a diagnostiqué un syndrome post-traumatique persistant et un TCC le 24 janvier 2013. Les symptômes persistaient mais le pronostic était favorable sur le long terme. L'incapacité de travail totale se poursuivait. L'assuré présentait un ralentissement psychomoteur dans le contexte du syndrome post-TCC avec apparition de vertiges, céphalées et des troubles de

l'équilibre. La capacité de travail était à réévaluer dans les trois à six mois. ![/endif]>![if> A sa prise de position, le médecin a joint notamment : - un rapport du 21 juin 2013 de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant que l'assuré évoluait vraisemblablement vers un trouble somatoforme ; sa situation sociale et financière était catastrophique ; il se plaignait de son licenciement rapide, vécu comme une injustice ; le médecin disait ne pouvoir aider l'assuré dans cette situation complexe qui nécessitait une approche pluridisciplinaire dans un centre de thérapies brèves au départ, puis dans un centre de consultation de psychiatrie des HUG ; ![/endif]>![if> - un rapport d'examen neuropsychologique du 3 octobre 2013 de Mesdames U_____, psychologue FSP et neuropsychologue, et V_____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie ; il en ressortait que l'assuré avait souffert d'un TCC léger sans perte de connaissance, ni vomissement ; il se plaignait depuis lors de troubles de la mémoire et de la concentration et, sur le plan thymique, d'une baisse du moral ; l'examen montrait au premier plan une atteinte attentionnelle, avec toutefois de bonnes capacités d'engagement de l'attention ; compte tenu de la normalité des examens pratiqués (neurologiques, IRM cérébrale), l'origine du tableau était très probablement à mettre en lien avec la composante émotionnelle, plutôt que séquellaire du TCC ; il n'y avait pas d'indication à une prise en charge neuropsychologique avant que le patient soit stabilisé sur le plan thymique ; par ailleurs, retrouver une activité professionnelle pourrait stimuler l'assuré sur les plans attentionnel et thymique ; il avait émis un vif souhait de retravailler, mais dans un domaine le sollicitant moins physiquement que poseur de sols.![endif]>![if> 16. Le 28 janvier 2014, lors d'un entretien à l'OAI, l'assuré s'est plaint de douleurs cervicales irradiant dans les bras jusqu'au bout des doigts, avec une prédominance dans le bras droit. Il a expliqué devoir consulter un rhumatologue.![endif]>![if> 17. Le 20 février 2014, le docteur W_____, médecin auprès du SMR, a relevé que les Drs R_____, P_____ et T_____ avaient conclu à des examens normaux et rassurants. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas eu d'aggravation durable : les suites de l'accident de janvier 2013 n'avaient plus de répercussion sur la capacité de travail. Il convenait donc de s'en tenir aux conclusions du rapport SMR du 30 mars 2011. ![/endif]>![if> 18. Le 11 avril 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à des prestations au motif que sa situation était la même que celle retenue dans la décision du 19 janvier 2012 (à savoir une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles). ![/endif]>![if> 19. Le 7 mai 2014, l'assuré a contesté ce projet, arguant que le Dr S_____ considérait que son incapacité de travail avait été complète entre le 1^{er} décembre 2013 et le 31 mars 2014. ![/endif]>![if> A l'appui de sa position, l'assuré a notamment produit un rapport rédigé le 30 janvier 2014 par le Dr S_____, relatant que son patient s'était plaint dans un premier temps de céphalées, de troubles de l'équilibre, de troubles de la concentration avec impression d'instabilité à la marche et de vertiges occasionnels, que les symptômes avaient nécessité un arrêt de travail prolongé, que l'évolution avait été lentement favorable, mais qu'étaient apparues depuis quelques temps des cervico-brachialgies bilatérales intenses qu'un traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique n'avait pas permis d'améliorer. Un suivi rhumatologique avait débuté le 28 janvier 2014 auprès du Dr X_____ et une IRM cervicale était prévue. Une expertise effectuée par un rhumatologue et un neurologue était souhaitable. 20. Le 1^{er} octobre 2014, la doctoresse Y_____, médecin auprès du SMR, a relevé que s'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, le délai de carence d'une année n'était pas ouvert, puisque l'assuré n'avait été en incapacité de travail que du 23 janvier au

26 juin 2013 pour les suites de son accident. Le rapport du Dr S_____ du 30 janvier 2014 ne changeait rien ; il admettait au contraire que l'évolution avait été favorable. Quant aux cervico-brachialgies bilatérales intenses, le SMR en avait déjà tenu compte en mars 2011, les limitations fonctionnelles pour le côté droit étant strictement les mêmes en cas d'atteinte bilatérale. Il n'y avait donc pas eu d'incapacité de travail durable suite à l'accident du 23 janvier 2013. 21. Par décision du 8 décembre 2014, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. 22. Par écriture du 26 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des docteurs Z_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, et AA_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 17 octobre 2013, subsidiairement, à l'octroi d'une mesure de reclassement. Invoquant les avis des Drs S_____ et Z_____, le recourant allègue être en incapacité de travail totale durable. Il affirme ne pouvoir exercer la moindre activité puisque le fait d'être en position assise durant toute la journée lui est insupportable et qu'il souffre de fourmillements et de douleurs persistantes dans le bras droit. Par ailleurs, le recourant indique avoir sollicité en vain et à plusieurs reprises une expertise somatique. Enfin, il reproche à la décision litigieuse sa motivation sommaire. 23. Par décision du 17 février 2015, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 26 janvier 2015. 24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 mars 2015, a conclu au rejet du recours en faisant valoir que le recourant n'apporte aucun élément médical objectif qui aurait été omis et se limite à produire des certificats d'incapacité de travail non motivés. L'intimé relève que le rapport rédigé le 30 janvier 2014 par le Dr S_____ lui était déjà connu. Quant aux limitations fonctionnelles, il rappelle que le SMR, dans son avis du 30 mars 2011, a préconisé l'alternance des positions. Par ailleurs, l'IRM cérébrale dont fait état le Dr S_____, réalisée le 25 mars 2013, n'a mis en évidence aucune anomalie. En définitive, le recourant ne démontre pas en quoi l'appréciation médicale serait erronée, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifie pas. 25. Par réplique du 1^{er} avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il allègue avoir été opéré le 17 mars 2015 par le docteur AB_____ en raison de la rupture du sus-épineux et infra-épineux et ténosynovite du long chef du biceps, traitée par arthroscopie de l'épaule droite. Il soutient que l'IRM de son épaule droite a permis de constater les atteintes. Le recourant fait valoir que le diagnostic posé concorde avec ses plaintes relatives aux fourmillements dans son bras droit et aux douleurs persistantes et qu'il explique son incapacité à réaliser une activité en position assise toute la journée. Il souligne être, suite à l'opération, en arrêt de travail depuis le 17 mars et jusqu'au 29 avril 2015. Selon lui, l'atteinte identifiée par ses médecins démontre que l'intimé n'a pas examiné tous les éléments du dossier. A l'appui de sa position, le recourant a notamment produit un avis de sortie du département de chirurgie des HUG du 20 mars 2015 suite à l'arthroscopie de l'épaule droite effectuée le 17 mars 2015. 26. Par écriture du 13 avril 2015, l'intimé a fait valoir qu'au vu des pièces au dossier, la rupture du muscle sus-épineux et infra-épineux de l'épaule droite serait postérieure à la décision querellée : les pièces produites suite à la nouvelle demande du recourant ne faisaient pas état d'une atteinte à l'épaule, hormis une irradiation des douleurs sur les trapèzes résultant des lésions cervicales (rapport des HUG du 24 janvier 2013). 27. Par écriture du 30 avril 2015, le recourant a fait remarquer que le certificat du Dr S_____ du 30 janvier 2014 faisait déjà état de cervico-brachialgies

bilatérales intenses et que la Dresse Y_____ avait d'ailleurs relevé cette atteinte, estimant que les limitations fonctionnelles en découlant avaient déjà été prises en compte dans l'avis du 30 mars 2011. Or, vu les rapports des 25 février et 30 mars 2011 du SMR, l'atteinte à la santé s'était très clairement aggravée depuis lors et l'intimé aurait dû instruire cet élément.

Le recourant produit un compte-rendu opératoire du 18 mars 2015 du Dr AB_____, une lettre de sortie du 23 mars 2015 du département de chirurgie des HUG faisant état d'une rupture du sus-épineux, de l'infra-épineux et ténosynovite du long chef du biceps traité par arthroscopie avec réinsertion du sus-épineux et de l'infra-épineux, d'une ténodèse du long chef du biceps et d'une acromioplastie le 17 mars 2015. Il en ressort que l'assuré a été vu à la consultation de l'épaule en raison d'omarthralgies droites post-traumatiques et qu'a été mise en évidence une lésion de la coiffe, confirmée à l'imagerie, de sorte que l'indication opératoire a été retenue. Le recourant produit également un questionnaire auquel a répondu le Dr AA_____ le 15 avril 2015. Ce médecin l'a examiné en dates des 7, 28 janvier et 4 février 2015. Il a diagnostiqué : "un conflit sous-acromial de l'épaule droite avec calcifications et déchirure incomplète du tendon du muscle sus-épineux. Chute le 24 janvier 2013, une arthrose lombaire L4-L5-S1 et une douleur à l'épaule gauche". Le médecin a relaté que l'assuré se plaignait d'une douleur mécanique et nocturne de l'épaule droite, avec impotence fonctionnelle et de douleurs mécaniques de la colonne lombaire. Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2014. 28. Le 7 mai 2015, la chambre de céans a entendu le Dr Z_____, qui a expliqué suivre le recourant depuis septembre 2014, principalement pour des douleurs au niveau de l'épaule droite.

L'IRM pratiquée rapidement avait permis de mettre en évidence la rupture d'un des trois muscles du bras (sus-épineux), le déplacement d'un tendon et un acromion agressif (frottant contre les structures musculaires et tendineuses). Cela se traduisait par une limitation de l'amplitude de rotation du bras et des douleurs quotidiennes. Il s'agissait de douleurs invalidantes puisqu'elles étaient provoquées par le simple fait d'écrire. Elles se traduisaient par une totale incapacité de travail en septembre 2014. En 2010, l'IRM de l'épaule était normale, alors qu'en 2014, elle montrait la rupture. Le médecin ne savait toutefois pas quand les douleurs étaient apparues et quand elles étaient devenues invalidantes. Il était certain qu'en septembre 2014, quand il avait vu le recourant, l'incapacité de travail était totale, sans qu'il puisse dire à quand remontait exactement la rupture. Suite à l'opération le 17 mars 2015, il fallait compter une période de six mois de totale incapacité de travail, suivie de six mois à 50%, mais cela pouvait parfois être plutôt trois mois et trois mois; tout dépendait de l'évolution. Il convenait d'interroger les médecins des HUG à ce sujet. 29. La chambre de céans a également entendu le Dr AB_____ qui a confirmé avoir procédé à la suture de la coiffe des rotateurs le 17 mars 2015.

Il avait constaté la rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, une inflammation du biceps ainsi qu'un acromion de degré deux sur trois qui se traduisaient par des douleurs et une impotence fonctionnelle. Le recourant, limité dans sa mobilité et au niveau de la force, était en incapacité de travail totale d'exercer son activité de poseur de moquette depuis septembre 2014. Le médecin ne savait pas si ces atteintes entraînaient également une incapacité de travail dans l'activité de dessinateur sur ordinateur car l'examen pré-intervention n'avait pas été suffisamment poussé. A cet égard, il convenait de s'adresser à un médecin, autre que le médecin traitant, afin qu'il procède à un examen adéquat. Il ressortait des éléments anamnestiques que le recourant avait commencé à souffrir des symptômes en 2010, suite à une chute. Le médecin a expliqué que suite à une telle opération, un repos était nécessaire, d'une durée de six mois dans un travail physique impliquant le port de lourdes charges.

Dans un travail plus léger, n'impliquant pas de port de charges de 1 à 5 kg, et compte tenu d'une lésion telle que celle du recourant (d'importance moyenne à grande, vu que deux tendons étaient touchés), il fallait compter en tout cas trois mois avant une reprise à temps partiel. En général, après un mois à temps partiel, si tout se passait bien, une reprise totale était préconisée, mais tout dépendait notamment des lésions, du patient et de son activité. A l'issue de l'audience, le recourant a renoncé à l'audition du Dr AA_____ mais a persisté dans sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à laquelle s'est opposé l'intimé. 30. Par écriture du 28 mai 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il fait notamment valoir que l'incapacité de travail totale depuis janvier 2013 est due aux cervico-brachialgies bilatérales causées par la rupture du sus et de l'infra-épineux, de l'inflammation du biceps et de l'acromion. L'intimé a été informé qu'il souffrait de cervico-brachialgies intenses (rapport du Dr S_____ du 30 janvier 2014), mais il n'a toutefois pas instruit la question, réalisant uniquement une expertise psychiatrique. Le recourant, alléguant être toujours en incapacité de travail totale, réclame l'octroi d'une rente d'invalidité, à tout le moins limitée dans le temps. Subsidiairement, il demande la mise sur pied d'une expertise afin d'établir son incapacité de travail et son évolution. 31. Par pli du 1 er juin 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 32. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger. ![endif]>![if> 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 - E 2 05) en vigueur depuis le 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 8 décembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet

2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre 2014 au 2 janvier 2015 inclusivement, le recours interjeté le 26 janvier 2015 dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA). 4. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le point de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le 19 janvier 2012, date à laquelle l'intimé a rejeté sa demande de prestations en retenant une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de dessinateur en bâtiment et 100 % dans une activité adaptée. 5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin,

éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).!

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

9. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. a. En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations.

b. A l'appui de sa première décision de refus du 19 janvier 2012, l'intimé s'était fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du 14 mars 2011 du Dr J_____ du SMR, lequel avait diagnostiqué des cervico-brachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C4-C5 et rétrécissement canalaire, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et une arthrose acromio-claviculaire. Le recourant avait été en incapacité de travail totale du 11 janvier au 31 octobre 2010. Dès le 1er novembre 2010, il avait recouvré une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée. Dans son rapport, le Dr J_____ a notamment indiqué que les radiographies de l'épaule droite et de l'articulation acromio-claviculaire droite mettaient en évidence de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire droite. Il existait également une toute petite ossification ronde à la pointe de l'acromion, sans signification pathologique. Il a relevé qu'une arthro-IRM de l'épaule droite ne mettait en évidence qu'une arthrose acromio-claviculaire d'importance moyenne, une coiffe en ordre, sans aucun signe de tendinopathie, ni de rupture. La trophicité musculaire était bonne. Sur les coupes transversales, le supra-scapulaire, le long biceps et l'infra-épineux ne présentaient pas d'anomalie. c. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 17 octobre 2013, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 8 décembre 2014, en se fondant sur les avis du SMR, que la situation du recourant était la même que celle retenue dans la décision du 19 janvier 2012, à savoir une capacité de travail de 80% dans son activité de dessinateur en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. d. Dans le cadre de l'instruction menée par la chambre de céans, le Dr Z_____ a expliqué que le recourant l'avait consulté en septembre 2014 en raison de douleurs à l'épaule droite et que l'IRM pratiquée rapidement avait permis de mettre en évidence une rupture du sus-épineux, le déplacement d'un tendon et un acromion agressif frottant contre les structures musculaires et tendineuses. Les douleurs étaient alors invalidantes puisqu'elles étaient provoquées par le simple fait d'écrire et elles entraînaient une incapacité de travail totale du recourant en septembre 2014, soit au moment où il avait examiné le recourant. Il ne savait pas depuis quand les douleurs étaient apparues, ni depuis quand elles étaient devenues invalidantes (procès-verbal d'enquêtes du 7 mai 2015). Le Dr AB_____, également entendu par la chambre de céans, a expliqué avoir procédé à la suture de la coiffe des rotateurs le 17 mars 2015. Il a confirmé la rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, une inflammation du biceps ainsi qu'un acromion de degré deux sur trois qui se traduisaient par des douleurs et une impotence fonctionnelle. Il a expliqué que le recourant, limité dans sa mobilité et au niveau de la force, était dans l'incapacité totale d'exercer son activité de poseur de moquettes depuis septembre 2014. Il ne savait pas si ces atteintes entraînaient également une incapacité de travail dans l'activité de dessinateur sur ordinateur (procès-verbal du 7 mai 2015). e. S'agissant de l'épaule droite du recourant, force est donc de constater une aggravation depuis le 19 janvier 2012 (date de la dernière décision de refus de prestations entrée en force). En effet, il apparaît qu'en septembre 2014, une IRM a révélé la rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, une inflammation du biceps ainsi qu'un acromion de degré deux sur trois, alors que par rapport du 14 mars 2011, le Dr J_____ faisait état de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire droite, d'une toute petite ossification ronde à la pointe de l'acromion, sans signification pathologique, d'une arthrose acromio-claviculaire d'importance moyenne, une coiffe en ordre, sans aucun signe de tendinopathie, ni de rupture. La trophicité musculaire était alors bonne et sur les coupes transversales, le supra-scapulaire, le long biceps et l'infra-épineux ne présentaient pas

d'anomalie. Cela étant, la chambre de céans rappellera qu'une modification sensible de l'état de santé ne suffit pas encore à retenir une modification du degré d'invalidité. Il importe en effet que les atteintes aient un impact sur la capacité de gain de l'assuré et, à cet égard, influent sur son degré d'invalidité. Or, en l'espèce, les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer si l'aggravation des troubles à l'épaule droite du recourant a eu des répercussions sur sa capacité de travail dans son activité de dessinateur en bâtiment, et, cas échéant, depuis quand et à quel taux. En effet, ni le Dr Z_____, ni le Dr AB_____ n'ont été en mesure de se prononcer sur ces questions. En pareilles circonstances, la chambre de céans ne saurait se déterminer sur la capacité de travail du recourant ni, partant, procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment du refus de prestations (décision du 19 janvier 2012) et se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale orthopédique. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé, bien qu'informé dans le cadre de la procédure d'audition du recourant que des investigations supplémentaires étaient en cours concernant les cervico-brachialgies bilatérales dont souffrait ce dernier (rapport du Dr S_____ du 30 janvier 2014), a malgré tout notifié sa décision sans procéder à d'autre instruction. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision. Par conséquent, le recours est partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, qui est représenté et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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