

GE_GERICHTE A/2706/2011 vom 23. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2706_2011

FR: GE_GERICHTE A/2706/2011 du 23 avril 2012

IT: GE_GERICHTE A/2706/2011 del 23 aprile 2012

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur T _____, domicilié à Onex, représenté par Fédération Suisse pour l'intégration des handicapés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur T _____ (ci-après l'assuré), né en 1958, travaillait en tant que manœuvre de chantier lorsqu'il a subi un accident en mars 2002 entraînant une incapacité de travail totale. Dès le 1^{er} mars 2003, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). Par décision du 5 novembre 2007, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à la rente dès le 1^{er} janvier 2008, au motif que son état de santé s'était progressivement amélioré. La capacité de travail de l'assuré était entière dans un poste adapté et il en résultait un taux d'invalidité de 14,5%. Cette décision est entrée en force. Par décision du 30 janvier 2009, la SUVA, assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident, a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (25%) en raison d'un trouble de la fonction vestibulaire périphérique bilatérale, correspondant à un trouble moyen du système de l'équilibre (rapport du 15 mars 2006 du Dr A _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie) ainsi qu'une rente d'invalidité (17% d'invalidité). Le 17 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande d'aide au placement auprès de l'OAI. Il était à la recherche d'un emploi adapté à son état de santé. Selon une note d'entretien du 16 décembre 2009, l'OAI a décidé de mettre en place, du 14 décembre 2009 au 28 mars 2010, une orientation professionnelle en vue d'un placement en entreprise aux Établissements publics d'insertion (ci-après les EPI). L'assuré n'avait plus travaillé depuis son accident en 2002. Cette mesure devait permettre de mieux connaître, à travers un bilan de compétences et un dossier professionnel, ses compétences professionnelles actuelles et les cibles qui en découlent, tout en respectant les limitations fonctionnelles. L'OAI souhaitait également une validation de ces cibles au niveau de l'atelier ainsi que par un stage en économie normale, afin de connaître sa capacité d'adaptation, son esprit d'initiative et sa motivation pour un projet de réinsertion professionnelle à long terme. Le stage aux EPI a dû être interrompu en date du 2 février 2010. Par rapport du 4 février 2010, les EPI ont indiqué que l'assuré n'était actuellement pas plaçable dans le circuit économique normal. Il se déplaçait avec deux cannes anglaises et péniblement. Il pouvait travailler assis pendant environ une heure et demi, puis il se levait et marchait dans l'atelier, avec ses cannes, pendant cinq à dix minutes, ce qui réduisait encore son efficacité. Son rythme de travail était lent. Sur des activités simples et légères, ses rendements atteignaient à peine 40%, ce qui était assez éloigné de la capacité de travail fixée par le Service médical régional AI (ci-après SMR). L'assuré n'avait été présent que la moitié du temps, en grande partie à cause de ses vertiges rotatoires qui, selon lui, le plongeaient dans l'incapacité de travailler. L'assuré était sous certificat médical et en accord avec l'OAI, la mesure avait été interrompue prématurément le 2 février 2010.

Le 15 mars 2010, le Dr B _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après ORL) et oto-neurologie, a indiqué à l'OAI que l'expertise effectuée le 1^{er} mars 2007 par le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne faisait pas mention du trouble vestibulaire. Or, l'assuré présentait une aréflexie vestibulaire bilatérale. Une telle atteinte de l'équilibre génère un trouble invalidant, avec une impossibilité de travailler en hauteur, sur des échelles, des échafaudages, des plans instables mais aussi au sol, dans tout travail qui demanderait des mouvements alternant de la tête ou du corps, y compris des mains, tout en sachant que l'assuré est incapable de conduire une voiture et de se déplacer dans les transports publics. Le Dr B _____ avait l'impression que cet aspect invalidant de l'atteinte vestibulaire périphérique avait été complètement passé sous silence. Par ailleurs, il a expliqué qu'une atteinte vestibulaire périphérique bilatérale va engendrer des troubles psychiques importants avec une modification du schéma corporel, des troubles cognitifs, des problèmes de distinction entre la droite et la gauche, enfin des troubles visuels sous forme d'oscillopsies, soit une vision instable de l'environnement. Tout ceci génère donc une désorientation spatio-temporelle. Affirmer qu'une exigibilité existait pour les travaux sur sol plat ou en position assise était nier la réalité de l'atteinte vestibulaire bilatérale. Selon ce médecin, il était indispensable qu'une réévaluation de l'assuré soit faite auprès d'un oto-neurologue. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assuré, l'OAI l'a informé que le mandat de placement était clôturé en raison des nouveaux éléments (le rapport des EPI du 5 mars 2010 et la demande du Dr B _____ de réévaluer le cas auprès d'un oto-neurologue). Son dossier était envoyé pour avis auprès du SMR (note d'entretien téléphonique du 24 mars 2010). Le 29 mars 2010, le Dr B _____ a rappelé qu'une expertise oto-neurologique avait été effectuée en avril 2005 par des experts bâlois, qui avaient retenu une aréflexie vestibulaire bilatérale (rapport du 4 octobre 2005). Cet élément avait totalement disparu de l'expertise réalisée par le Dr C _____ en 2007. Par pli du 15 avril 2010, le Dr B _____ a suggéré à l'OAI de faire procéder à un examen neuropsychologique de l'assuré vu les atteintes vestibulaires. Par avis du 8 juin 2010, la Dresse D _____, médecin auprès du SMR, a rappelé que l'assuré avait reçu en 2002 un bloc de deux tonnes sur le bassin, ayant entraîné une fracture du bassin, une fracture de l'aileron sacré gauche et une fracture ilio-pubienne, ainsi qu'une fracture/tassement de L1, dont l'évolution sera moyennement favorable, l'assuré marchant encore avec des béquilles et souffrant de douleurs chroniques. La capacité de travail avait été évaluée comme nulle dans l'ancienne activité de maçon. Il avait développé des vertiges rotatoires sur une aréflexie vestibulaire bilatérale consécutive à l'accident. En 2006, un bilan radiologique avait mis en évidence des discopathies pluri-étagées qui se manifestaient sur le plan clinique par des lombalgies chroniques sans trouble neurologique. Un examen orthopédique avait eu lieu au SMR le 26 juillet 2007, qui avait conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% à 1 an de l'accident. L'expertise du Dr C _____ en mars 2007 n'avait pas retenu de pathologie psychiatrique et la capacité de travail totale. Sur le plan ORL, l'assuré avait été vu en expertise en octobre 2005. L'atteinte vestibulaire périphérique bilatérale suite à une probable commotion labyrinthique avait été confirmée. La mise en place d'un entraînement intensif permettant d'améliorer l'équilibre du patient en raison de la symptomatologie vertigineuse avait été préconisée. Par ailleurs, la limitation du champ visuel consécutive à un traumatisme de l'œil gauche avec cécité résiduelle rendait plus difficile la compensation centrale du trouble vestibulaire. La Dresse D _____ a ensuite rappelé les conclusions du rapport du stage des EPI et du rapport du Dr B _____ du 15 mars 2010. Selon la Dresse, les résultats du stage d'observation

professionnelle ne semblaient pas correspondre aux conclusions effectuées en 2007 quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le rapport du Dr B _____ ne permettait pas d'évaluer si l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Elle proposait donc de demander un rapport médical complémentaire au Dr B _____ ainsi qu'au Dr E _____, médecin qui avait prescrit les derniers arrêts de travail. Par rapport du 18 juin 2010, le Dr F _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il y avait un changement dans les diagnostics depuis janvier 2010, soit des vertiges en répétition qui entraînaient des chutes et qui avaient une influence sur la capacité de travail. Le traitement était inefficace, de sorte qu'une reprise du travail n'était pas possible. Par rapport du 21 juin 2010, le Dr B _____ a rappelé l'aréflexie vestibulaire bilatérale existant depuis mars 2002. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident et il n'existait aucune capacité de travail en raison des limitations fonctionnelles dues à l'atteinte ORL. Il a joint une copie de son courrier du 15 mars 2010 ainsi qu'une copie de son rapport du 5 mai 2003. Par avis du 29 novembre 2010, la Dresse D _____ a indiqué qu'il convenait de préciser les limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique, ORL et psychologique, de sorte qu'une expertise neurologique devait être mise en œuvre. Si nécessaire, un bilan neuropsychologique serait également effectué. Par courrier du 14 décembre 2010, le Dr B _____ a expliqué à l'OAI qu'il lui paraissait indispensable que la nouvelle expertise soit confiée à un spécialiste en oto-neurologie, puisque l'assuré présente une atteinte vestibulaire périphérique bilatérale sévère générant d'importants troubles de l'équilibre et des vertiges. Or, un médecin neurologue n'était pas outillé pour réaliser une électro-nyctagmographie, examen absolument indispensable dans le cas de l'assuré. Enfin, il a relevé qu'aucun trouble psychique n'avait été constaté chez l'assuré, ce qui lui paraissait totalement aberrant, étant rappelé qu'il le suivait personnellement depuis 2003. Le 16 décembre 2010, la Dresse D _____ a décidé de maintenir l'expertise neurologique. Le 17 février 2011, l'assuré a été examiné par le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie. Par rapport du 21 février 2011, l'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un déficit vestibulaire bilatéral d'origine indéterminée, un status après fracture non déplacée du bassin, des troubles de la marche atypiques, nécessitant l'utilisation de deux cannes anglaises et une dépendance à l'entourage pour les activités de la vie quotidienne d'origine psychogène, des lombalgies chroniques et des discopathies pluri-étagées, et un status après perte traumatique de l'œil gauche. Sur le plan physique, les limitations fonctionnelles étaient des troubles de l'équilibre et des lombalgies. Au plan psychique, il présentait des troubles de la marche atypiques et une utilisation chronique de deux cannes anglaises, une dépendance pour l'habillage et le déshabillage. Selon l'expert, classiquement, les manifestations cliniques d'une vestibulopathie périphérique bilatérale, se présentent pour autant que l'atteinte soit aiguë par un important vertige et une instabilité posturale, qui toutefois va rapidement en s'améliorant grâce au phénomène de compensation centrale. Les patients décrivent une incapacité à marcher dans l'obscurité ou sur des surfaces molles et deviennent insensibles au mal des transports. En général, ils déplorent des troubles visuels assez mal systématisés et mentionnent une tendance aux chutes. Ce n'était guère le tableau présenté par l'assuré, qui se présente avec des troubles de la déambulation grotesques et caricaturaux. Avec l'utilisation des cannes, l'assuré épargne le membre inférieur droit et sans les cannes, il maintient son membre inférieur droit en extension. Il s'agissait d'une anomalie de la marche à caractère non organique, et qui en particulier ne correspondait aucunement à une démarche ataxique. Il existait donc une vestibulopathie périphérique bilatérale, mais

majorée par un tableau atypique, à caractère psychogène. Compte tenu de ses atteintes, l'assuré ne pouvait plus monter sur des échelles, ni sur des échafaudages, ni utiliser des machines dangereuses, ni effectuer un travail à la chaîne avec un environnement mobile, ni conduire un véhicule. S'agissant des lombalgies, il convenait de se référer aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____, à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec port de charges maximales de 20 kg ; le travail penché ou en porte-à-faux était à éviter. En tant que manoeuvre dans le bâtiment, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 12 mars 2002, mais entière dans une activité adaptée. Des séquelles à long terme d'une vestibulopathie périphérique bilatérale étaient possibles, en particulier une instabilité, particulièrement dans l'obscurité ou sur des terrains irréguliers. Une fatigabilité générale pouvait dès lors survenir dans le cadre d'une activité professionnelle, entraînant une diminution de rendement de l'ordre de 20%. L'expert a encore précisé que les réponses données s'agissant de la capacité de travail résiduelle étaient théoriques, compte tenu de la présence d'une atteinte non somatique, majorant le tableau et rendant illusoire une réadaptation professionnelle, comme cela avait été constaté par les EPI. Enfin, il a indiqué que son bilan devait être complété par une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale organisée par le Dr B_____. Par avis du 11 avril 2011, la Dresse D_____ s'est ralliée aux conclusions de l'expert. L'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%, qui devait être traduite en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation. Par projet de décision du 18 mai 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait mettre fin à l'aide au placement dès lors que sa capacité de travail dans une activité adaptée était toujours entière. Le 14 juin 2011, l'assuré a contesté le projet de décision. Il a produit un rapport du 7 juin 2011 du Dr B_____. Selon ce dernier, l'expertise était incomplète s'agissant du problème oto-neurologique. Bien que l'expert ait reconnu la présence d'un déficit vestibulaire périphérique bilatéral, il n'avait pas testé l'assuré dans des conditions adéquates. En effet, lorsqu'un tel patient se déplace dans un milieu clos (le cabinet médical), de nombreux aspects de l'atteinte vestibulaire périphérique bilatérale n'apparaissent pas. Dans un tel cas, il ne décrira pas d'oscillopsies. D'ailleurs, celles-ci ne sont pas forcément présentes de façon spontanée. Il n'y avait aucun traitement permettant de restaurer une fonction vestibulaire unie ou bilatérale détruite et la diminution des symptômes pouvait se faire par le développement de processus compensatoires centraux. Mais l'expérience le démontrait bien, tous les patients ne pouvaient pas compenser. Un des aspects particuliers chez l'assuré était la perte traumatique de la vision à gauche dans son enfance. Cette perte de vision était très préjudiciable au développement d'une compensation par des processus compensatoires centraux. L'atteinte périphérique bilatérale avec aréflexie vestibulaire générait en plus un trouble psychique qui n'était absolument pas abordé dans l'expertise. Les patients souffrant d'un tel déficit vestibulaire bilatéral diminuaient les activités physiques et par conséquent leurs activités sociales, et la plupart éprouvaient également des difficultés importantes pour des activités simples. Des troubles neuropsychologiques et psychiatriques avec des phobies étaient bien décrits dans la littérature médicale. De plus, de tels patients souffraient de troubles cognitifs ; ils pouvaient présenter des troubles de la représentation corporelle, souffrir d'indistinction droite-gauche, et partant d'une anxiété sévère. Or, tout cet aspect neuropsychologique et psychiatrique du déficit vestibulaire brusque n'avait pas été discuté. Le Dr B_____ a ajouté que bien qu'il ait attiré l'attention de l'OAI sur les difficultés d'une telle tâche, celui-ci n'en avait malheureusement pas tenu compte. Par conséquent, un bilan neuropsychologique bien

conduit était indispensable chez cet assuré. Par avis du 19 juillet 2011, le Dr I _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, a estimé que l'évaluation effectuée par l'expert pouvait être maintenue sans autre. Il ne voyait pas ce qu'un bilan neuropsychologique supplémentaire apporterait. Par décision du 25 juillet 2011, l'OAI a mis fin à l'aide au placement. A la suite de la suppression de la rente, l'assuré avait demandé une aide au placement et un stage aux EPI avait été mis en place, mais qui avait dû être interrompu prématurément. Le SMR avait décidé alors de mettre en œuvre une expertise neurologique, dont il résultait que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était toujours entière. L'évaluation contenue dans la décision de suppression de rente restait donc entièrement valable. L'échec du stage ne pouvait pas être mis en lien avec l'atteinte à la santé de l'assuré et d'autres mesures n'étaient pas à l'ordre du jour. Enfin, les éléments médicaux apportés en procédure d'audition ne modifiaient pas l'évaluation médicale effectuée par l'expert. Par acte du 8 septembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise oto-neurologique et neuropsychologique, et principalement, au versement d'une rente entière à compter du 1^{er} mars 2010 (six mois après le dépôt de sa demande du 17 septembre 2009). Le recourant fait valoir que l'instruction médicale effectuée par l'OAI est incomplète et que son incapacité de travail est totale dans toute activité. A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un rapport du 23 août 2011 établi par le Dr B _____. Ce médecin explique que la négation totale de l'aspect de l'atteinte vestibulaire périphérique qu'il a expliquée dans son rapport du 7 juin 2011 relève de l'incompétence, et il maintient que le Dr G _____ n'a pas recherché cet aspect chez le recourant. Il explique que selon les données actuelles de la littérature, les patients souffrant d'une atteinte vestibulaire bilatérale vont présenter de nombreuses plaintes, y compris des troubles cognitifs. Cet aspect-là n'avait jamais été recherché chez ce patient, alors qu'il était déclaré apte à 100% dans une activité adaptée. Or, les troubles cognitifs peuvent être tels qu'ils peuvent rendre impossible un nouvel apprentissage. Le Dr B _____ était fâché de la tournure que prenait la situation du recourant, car on partait d'un a priori sur lequel personne n'était capable de revenir. Il se demandait si le médecin du SMR prenait la peine de lire les rapports, car non seulement il confondait le Dr G _____ avec le Dr J _____, mais également le Dr K _____ avec le Dr C _____. Qui plus est, le Dr C _____ n'avait même pas parlé de l'atteinte vestibulaire dans son expertise. Par réponse du 7 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. L'intimé rappelle que la décision attaquée porte exclusivement sur la fin de la mesure d'aide au placement dont a été bénéficiaire le recourant, et non sur le droit à la rente. Le recourant avait déjà fait l'objet d'une expertise oto-neurologique le 26 avril 2005 par le Dr L _____ (rapport du 4 octobre 2005) et depuis, il n'était apparu, ni aggravation de l'état de santé, ni nouvelle atteinte. Le Dr G _____ avait connaissance de l'opinion du Dr B _____ quant à la nécessité d'un examen complémentaire ; c'était donc en toute connaissance de cause qu'il y avait renoncé. L'intimé explique par ailleurs avoir soumis le rapport du Dr B _____ du 23 août 2011 à la Dresse M _____ du SMR, qui, dans un avis du 4 octobre 2011, a relevé que l'aide au placement n'est pas du ressort des médecins du SMR. Tous les aspects médicaux avaient été examinés et le mémoire de recours n'évoquait ni une aggravation de l'état de santé, ni une nouvelle atteinte. Par réplique du 7 novembre 2011, le recourant fait valoir que l'échec de la mesure d'aide au placement est un fait nouveau pouvant conduire à la révision de la décision du 5 novembre 2007. Il argue du fait que le rapport du Dr L _____ ne traite que du lien de

causalité des troubles avec l'accident survenu en 2002. Le Dr G_____ n'avait par ailleurs pas expliqué pour quelle raison il n'avait pas fait procéder à l'examen neuropsychologique et oto-neurologique. S'il avait effectivement été soumis à quatre expertises depuis 2005, aucune n'avait été faite en neuropsychologie. Par duplique du 14 novembre 2011, l'intimé fait valoir que l'échec de la mesure d'aide au placement ne constitue pas un fait nouveau permettant la reconsidération de la décision de suppression de rente. L'expertise du Dr G_____ était par ailleurs suffisante pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte vestibulaire dont souffre le recourant. Enfin, la reconnaissance d'une atteinte psychiatrique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par écriture du 20 décembre 2011, le recourant a rappelé que l'orientation professionnelle s'était soldée par un échec constaté dans le rapport des EPI du 4 février 2010. Il fait valoir que ce rapport prouve un fait important justifiant la révision de la décision de suppression de rente du 5 novembre 2007, car il en ressort que sa capacité de travail est à peine de 40%. Le recourant reformule ainsi ses conclusions : à titre préalable, la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste en oto-neurologie, incluant un examen neuropsychologique ; principalement, la mise en œuvre de mesures de réinsertion professionnelle ou, la révision de la décision du 5 novembre 2007 et l'octroi d'une rente entière. Par écriture du 12 janvier 2012, l'intimé fait valoir que l'on ne peut se baser sur le rapport des EPI du 4 février 2010 pour déterminer la capacité de travail du recourant, mais plutôt sur le rapport d'expertise du Dr G_____ qui a permis de définir que la faible présence du recourant au stage des EPI n'était pas liée à une atteinte physique objectivable. Il a persisté dans ses conclusions. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché 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 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 25 juillet 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision) et, le 1 er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5 ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4 ème et 5 ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). a) Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 8 septembre 2011 contre la décision du 25 juillet 2011 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. b) Dans son écriture du 20 décembre 2011, le recourant conclut à la révision procédurale de la décision du 5 novembre 2007 rendue par l'intimé, en invoquant des moyens de preuve

nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Or, une demande de révision pour faits ou moyens de preuve nouveaux ne peut être introduite que par-devant l'intimé, soit l'autorité ayant rendu la décision dont la révision est demandée. Par conséquent, la demande de révision de la décision du 5 novembre 2007 sera déclarée irrecevable. En l'occurrence, même si la décision litigieuse statue sur la fin de l'aide au placement, il n'en demeure pas moins que l'intimé a, par cette décision, retenu que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était identique à celle retenue dans la décision de suppression de rente. La question litigieuse est par conséquent de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée suite à la suppression de sa rente par décision du 5 novembre 2007. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). En l'espèce, quand bien même le recourant n'a pas formellement déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant une modification de son état de santé, il n'en demeure pas moins qu'au vu des nouveaux éléments en sa possession - soit le rapport des EPI du 4 février 2010 et le rapport du Dr B_____ du 15 mars 2010 - l'intimé a décidé de procéder à une nouvelle instruction médicale du

recourant, suivant ainsi l'avis du SMR du 8 juin 2010. Il y a donc lieu de constater que l'intimé a admis que les rapports précités rendaient plausible une modification de l'invalidité du recourant de manière à influencer ses droits. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé a retenu que le recourant présente toujours une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que partant, l'évaluation de l'invalidité contenue dans la décision du 5 novembre 2007 est toujours valable. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). a) Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). e) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points 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). 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent 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 9C_243/2010 du 28 juin 2011, 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 (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011). En l'occurrence, force est de constater à la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, que la Cour de céans ne dispose pas des éléments suffisants pour déterminer si, comme l'a retenu l'intimé dans sa décision litigieuse, le recourant dispose toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En effet, il y a lieu de constater que l'intimé a décidé de soumettre le recourant à une expertise neurologique, alors que si l'on se réfère aux explications motivées et convaincantes du Dr B_____ (rapports des 15 mars et 14 décembre 2010, 7 juin 2011), au vu du trouble dont souffre le recourant - soit une atteinte vestibulaire périphérique bilatérale sévère -

l'expertise aurait dû être confiée à un spécialiste en oto-neuropsychologie. Il convient de relever à cet égard que la SUVA avait d'ailleurs également estimé nécessaire de soumettre le recourant à une expertise oto-neurologique effectuée par le Dr L. _____ (rapport du 4 octobre 2005, pièce 134 page 2 chargé intimé) et non pas seulement neurologique comme l'a fait en l'occurrence l'intimé. De surcroît, alors que l'expert en neurologie, le Dr G. _____, a indiqué qu'il convenait de compléter son bilan par une IRM cérébrale, force est de constater que l'intimé a rendu sa décision sans requérir que cet examen soit effectué. Qui plus est, tant le Dr G. _____ (rapport d'expertise, page 17) que le Dr B. _____ (rapport du 14 décembre 2010) font état du fait que le recourant présenterait une atteinte non somatique, rendant illusoire, selon le Dr G. _____, une éventuelle réadaptation professionnelle. Or, force est de constater que malgré ces constats, le recourant n'a pas été soumis à une expertise psychiatrique. La cause n'étant, de l'avis de la Cour de céans, pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise oto-neuropsychologique et psychiatrique, puis nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 25 juillet 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). 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), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare irrecevable la demande de révision de la décision du 5 novembre 2007. Déclare recevable le recours contre la décision du 25 juillet 2011. Au fond : Admet partiellement le recours. Annule la décision de l'OAI du 25 juillet 2011 et lui renvoie le dossier pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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