

GE_GERICHTE A/2765/2012 vom 5. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2765_2012

FR: GE_GERICHTE A/2765/2012 du 5 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/2765/2012 del 5 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur A _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant franco-suisse, est né en 1972. Après avoir terminé sa scolarité obligatoire à l'âge de 16 ans à Genève, l'assuré a suivi un apprentissage d'électricien de 1988 à 1989, qu'il n'a pas achevé. Il a ensuite travaillé en qualité d'ouvrier sur machine de production pour le rodage des bracelets de montres de 1989 à 1990, d'ouvrier sur machine CNC en 1991, d'employé au contrôle, puis magasinier auprès d'une société active dans l'horlogerie de 1991 à 1997, de magasinier en 1997, d'ouvrier sur machines de production auprès d'une société active dans la pharmaceutique de 1997 à 1998, d'aide-monteur électricien en 1998 et de magasinier et vendeur de fruits et légumes de 1999 à 2000. En date du 3 octobre 2000, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité, devenu depuis lors l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), dans le but d'obtenir une orientation professionnelle et son reclassement dans une nouvelle profession. A l'appui de sa demande, l'assuré a indiqué avoir des problèmes de dos liés à son travail et aux charges qu'il devait porter. Par l'intermédiaire d'un questionnaire du 16 octobre 2000, le dernier employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que celui-ci percevait un salaire mensuel de 3'375 fr. depuis le 1^{er} janvier 2000 pour un travail de vendeur alimentaire à plein temps, soit 41 heures par semaine. L'assuré avait été mis en arrêt de travail à compter du 29 août 2000. Dans un rapport du 6 novembre 2000 adressé à l'OAI, le Dr L _____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de syndrome lombo-sciatique à prédominance gauche non déficitaire sur discopathie L5-S1 avec protrusion discale et canal lombaire étroit et de coxarthrose bilatérale. L'incapacité de travail de l'assuré en qualité de vendeur de fruits et légumes était totale à compter d'août 2000. Selon le Dr L _____, l'assuré était en mesure d'exercer une activité à temps plein, pour autant qu'elle puisse être exercée en position debout-assise alternée et qu'elle ne nécessite pas de longues marches, des montées ou des descentes d'escalier et de la manutention de charge. En date du 28 novembre 2000, le dernier employeur de l'assuré a mis un terme à son contrat de travail avec effet au 31 janvier 2001. En date du 23 janvier 2001, le Dr M _____, médecin généraliste FMH auprès de l'OAI, a relevé que l'assuré n'était pas en mesure d'accomplir des travaux lourds, mais qu'il lui était possible de reprendre une activité légère et sédentaire à plein temps, telle que déjà exercée à deux reprises dans le domaine de l'horlogerie. Dans un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 18 mai 2001, une psychologue de l'OAI a proposé de refuser la demande d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession. Elle a considéré que l'assuré avait la possibilité de se reclasser sans perte de gain en trouvant un emploi ne nécessitant aucune qualification, ou, tout au plus, une brève mise

au courant. L'assuré pouvait faire valoir une expérience dans le domaine de l'horlogerie où des places de travail compatibles avec son état de santé étaient disponibles et où les salaires étaient supérieurs à son dernier salaire. Compte tenu de son expérience, l'assuré pouvait prétendre à un salaire annuel de l'ordre de 45'600 fr. pour un emploi d'ouvrier en horlogerie à 100%, contre un revenu annuel de 41'820 fr. pour son travail de magasinier auprès de son ancien employeur. La psychologue a enfin suggéré d'octroyer à l'assuré une aide au placement sur demande écrite de sa part. Le 10 juillet 2001, l'OAI a communiqué à l'assuré son projet de décision rejetant sa demande de prestation. Lors de son audition par l'OAI le 6 août 2001, l'assuré a persisté dans sa demande tendant à sa réinsertion professionnelle. Par décision du 6 août 2001, l'OAI a confirmé son projet de décision. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision. Par la suite, l'assuré a travaillé en qualité d'employé chargé de la gravure sur plaque de métal et de plastique, de la réception des clients, de la commande des marchandises, de la fabrication et du montage de tampons encreurs, de la livraison, de la pose et de la vente de 2002 à 2004 et de graveur sur plaque et ouvrier sur machine CNC auprès du Centre d'insertion professionnel de 2007 à 2008, étant précisé qu'il a été au chômage de 2005 à 2007 et de 2008 à 2010, et que depuis, il est assisté par l'Hospice général. En date du 10 mars 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Il a notamment joint à sa demande les documents suivants: - un certificat du 21 mars 2006 émis par le Dr L_____, indiquant que l'assuré était en traitement orthopédique et qu'il était nécessaire que dans sa nouvelle activité professionnelle, il soit exempté de manutention ainsi que du port de charges; - un rapport émis par des collaborateurs de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 17 mars 2010, suite à un stage ayant eu lieu du 4 septembre au 3 octobre 2006 à raison de 6 heures par jour. Il en ressort qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait exercer une activité à 80%, mais qu'il était très fortement péjoré dans ses anciens domaines professionnels, en particulier la manutention. - un rapport du 19 juillet 2010 établi par la Dresse N_____, médecin adjoint du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, laquelle indique que l'assuré présentait des lombalgies et des cervicalgies chroniques ainsi qu'un status post sacro-iliite à staphylocoques dorés en 1986. L'anamnèse et le status de l'assuré évoquaient la présence de douleurs mécaniques nociceptives sur arthrose. En effet, des troubles dégénératifs au niveau coxo-fémoral des deux côtés ainsi qu'une discopathie pluri-étagée sur la colonne lombaire avaient été mis en évidence. De plus, une composante neuropathique intermittente ne pouvait être exclue vu l'anamnèse et le canal lombaire étroit décrit sur une IRM précédente. Le médecin suggérait de présenter le dossier radiologique de l'assuré au groupe rachis des HUG dans le courant du mois de septembre 2010. - un rapport complémentaire du 27 septembre 2010 établi par la Dresse N_____ à la suite de la présentation du dossier de l'assuré au groupe rachis des HUG. Elle a retenu une limitation modérée de la mobilisation du rachis, distance doigts-sol (DDS) de 32 cm et une mobilisation passive des hanches, douloureuse en rotation interne, plus marquée à droite qu'à gauche. En ce qui concernait le status neurologique de l'assuré, elle a constaté une diminution de la sensibilité au toucher et au froid au niveau du gros orteil à droite. A la demande de l'OAI, l'assuré lui a communiqué divers rapports et attestations médicaux en date du 8 avril 2011, soit notamment: - un rapport du 18 septembre 2000 du Dr O_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, dont il ressort que l'examen myographique effectué au membre inférieur gauche (MIG) dans les myotomes L4 à S1 a permis l'observation d'une très discrète radiculopathie L5, constituée uniquement par

une activité fibrillatoire, observée dans le jambier antérieur, le long péronier latéral, le pédieux et retrouvée également dans les muscles paraspinaux lombaires; - un rapport du 27 septembre 2000 du Dr P _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a établi que l'assuré présentait un syndrome vertébral assez important décelé principalement en flexion antérieure et dans les flexions latérales de la colonne lombaire. Des signes de Lasègue lui faisaient mal au dos et irradiaient dans les jambes à partir d'environ 50-60°. L'IRM mettait en évidence un canal lombaire étroit congénital, la présence de gros disques avec plateaux concaves, soit un signe évident de surcharge et de petites lésions intra-canalaires postérieures en D12-L1 et en regard de L5, hyperintenses en T1, probablement compatibles avec de petits lipomes. En date du 31 mai 2011, l'assuré a notamment communiqué à l'OAI les documents suivants: - un rapport du 19 mai 2010 de la Dresse Q _____, cheffe de clinique du service de radiologie des HUG, dont il ressort que l'assuré présentait une discopathie pluri-étagée; - un rapport du 19 mai 2010 de la Dresse Q _____, dont il ressort que l'assuré présentait des troubles dégénératifs au niveau coxo-fémoral des deux côtés; - un rapport 8 décembre 2010 dans lequel la Dresse R _____ a comparé l'IRM du 28 septembre 2004 et l'IRM du 6 décembre 2010. Selon elle, on retrouvait de façon inchangée les deux lésions intra-durales, extra-médullaires postérieures, à hauteur de l'espace intersomatique L4-L5 et au niveau D12-L1. Ces images avaient comme caractéristiques communes, un hypersignal T1 et T2 et un hyposignal short time of inversion recovery (STIR), faisant évoquer des lipomes en premier lieu, des kystes dermoïdes étant moins probables vu l'homogénéité et la taille des lésions. La Dresse R _____ a encore signalé la présence de quelques lésions dégénératives lombaires, avec arthrose postérieure de L4 à S1 des deux côtés et une légère dessiccation des deux derniers disques lombaires. Enfin, elle a relevé une discrète protrusion disco-ostéophytaire à base de large foraminale L5-S1 droite, rétrécissant légèrement le foramen L5-S1 sans toutefois de conflit radiculaire. - un préavis du 14 juillet 2006 du Dr S _____, spécialiste FMH en médecine physique de réadaptation et en médecine interne générale et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE), lequel a indiqué qu'en tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était de 100% pour une activité de graveur et nulle pour une activité de magasinier. Le Dr S _____ a relevé la nécessité pour l'assuré de pouvoir travailler en alternant la position assise, la position debout et la marche. La charge maximum pouvant être portée par l'assuré a été évaluée à 5 kilogrammes et le périmètre de marche maximum évalué à 200-300 mètres. Il a ajouté que l'assuré ne devait pas exercer une activité qui sollicite la colonne lombaire ou les membres inférieurs par des efforts physiques intenses ou répétés et qu'un emploi permettant un changement de position fréquent devait être privilégié. Dans un rapport du 14 juin 2011, le Dr L _____ a indiqué avoir suivi l'assuré entre 1998 et 2008. Il a posé les diagnostics de lomboscialgies et de cervicalgies chroniques, de status post sacro-iliite à staphylocoques dorés en 1986 et de coxarthrose bilatérale existant depuis 1998 environ. Il en découlait des douleurs en position assise et debout prolongée et une restriction du périmètre de marche. D'un point de vue médical, l'activité exercée par l'assuré ne pouvait plus être exigée de lui. Dans un rapport du 25 août 2011, la Dresse T _____, médecin auprès du Service de médecine de premier recours des HUG, a retenu des lombalgies et cervicalgies chroniques non déficitaires existant depuis 10 ans et une coxarthrose bilatérale débutante existant depuis un an, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle a également attesté de l'existence d'un status post-sacro-iléite à staphylocoque existant depuis 1986, sans effet sur la capacité de travail. Selon elle,

l'assuré avait une capacité de travail de 50%, étant précisé que ladite capacité dépendait de l'activité proposée. Par avis du 14 septembre 2011, la Dresse U _____, médecin auprès du Service médical régional Suisse romande (ci-après SMR), a constaté une contradiction entre les diagnostics relatifs à la coxarthrose des Drs T _____ et L _____. Pour la première, la coxarthrose était débutante depuis un an alors que pour le médecin traitant de l'assuré, la coxarthrose existait depuis 1998. Enfin, la Dresse U _____ a relevé que l'assuré consultait de manière peu régulière malgré des douleurs très importantes. A titre d'exemple, l'assuré n'avait pas vu le Dr L _____ depuis 2008. Par conséquent, elle préconisait un examen rhumatologique de l'assuré au SMR. Dans un rapport du 19 septembre 2011, le Dr V _____, chef de clinique auprès du département de chirurgie des HUG, a indiqué que l'examen radiologique, bassin centré symphyse et hanche axiale à droite pratiqué en 2010, montrait un interligne articulaire des deux hanches encore respecté mais par contre une sclérose sous-chondrale très épaissie des deux côtés, signe indirect d'un début d'arthrose avec un probable conflit fémoro-acétabulaire sur la vue axiale. Cliniquement, l'assuré présentait une disbalance musculaire assez nette avec un moyen fessier qui était très faible des deux côtés. L'OAI a mis en œuvre un examen rhumatologique, qu'il a confié au Dr W _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale auprès du SMR, lequel a examiné l'assuré le 25 octobre 2011. Dans son rapport du 5 décembre 2011, il a posé les diagnostics suivants, lesquels avaient des répercussions durables sur la capacité de travail: des cervicoscapulalgies et des dorso-lombalgies avec des cruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec deux lipomes probables intra-duraux, extra-médullaires, à la hauteur de D12 et L4-L5, une coxarthrose bilatérale modérée et une discrète gonarthrose droite avec un status après déchirure partielle de l'insertion fémorale du ligament latéral interne. Il a également retenu de discrets troubles dégénératifs de l'épaule droite, une probable bronchopneumopathie chronique obstructive, un status après sacroiléite à staphylocoques dorés et un psoriasis cutané, sans répercussion sur la capacité de travail. De ces diagnostics, l'examinateur a déduit des limitations fonctionnelles du rachis et du membre inférieur (MI). En ce qui concernait le rachis, il a relevé la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilogrammes, d'éviter le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kilogrammes, de ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de ne pas s'exposer à des vibrations, de ne pas effectuer de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque ou de rotation rapide de la tête et de ne pas maintenir de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. En ce qui concernait le membre inférieur (MI), il a relevé la nécessité d'éviter les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, le maintien de la position debout de plus d'une heure, la marche de plus d'une heure et la marche sur terrain irrégulier. Il en a déduit une pleine capacité de travail dans l'activité de graveur, permettant d'alterner la position debout et la position assise et ne nécessitant pas le port régulier de charges supérieures à 5 ou 6 kilogrammes, ou toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale dans l'activité de magasinier ou de vendeur. Dans son avis du 13 février 2012, le Dr D _____, médecin auprès du SMR, a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sur la base du rapport d'examen clinique rhumatologique du 5 décembre 2011. Par courrier du 27 février 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré son projet de décision rejetant sa demande de prestations. Par courrier du 18 mars 2012, l'assuré l'a contesté. Il a indiqué que

ses problèmes de dos étaient loin d'être guéris et que la raison de sa demande de prestations découlait de la détérioration de sa hanche droite qui l'empêchait d'exercer une activité professionnelle sur une longue durée, étant dans l'incapacité de rester debout ou assis plus d'une heure, devant rester alité lorsque les douleurs étaient trop aiguës et les médicaments prescrits provoquant nausées, vomissements et dépresses. Selon lui, son incapacité de travail était complète dans son domaine d'activité. A l'appui de son courrier, l'assuré a produit un rapport du 19 décembre 2011 établi par le Dr E _____, spécialiste FMH en radiologie du service de radiologie des HUG, lequel a relevé une morphologie du cotyle (coxa profunda, rétroversion craniale du cotyle) et du fémur proximal (angle alpha pathologique, épaulement à la jonction tête-col) pouvant favoriser un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte pince et came. Il existait de petits signes d'arthrose avec principalement une petite ostéophytose de la tête fémorale, ou une ossification du cotyle postéro-supérieur et du labrum latéral, des lésions dégénératives du labrum qui présentaient deux petites fissurations, l'une en antérieure et l'une en antéro-supérieure, avec érosions cartilagineuse en antéro-supérieur sur le cotyle et sur les deux berges articulaires postéro-inférieures. En outre, une lésion kystique sous chondrale du rebord latéral du cotyle droit, dégénérative, a été constatée. Invité à se déterminer, le Dr D _____ a maintenu ses conclusions par avis du 3 août 2012, nonobstant le rapport du 19 décembre 2011. Selon lui, l'assuré fait état d'une aggravation de sa situation, sans toutefois fournir de nouvel élément médical. Le rapport du 19 décembre 2011 confirmait une coxarthrose droite avec un possible conflit fémoro-acétabulaire, sans toutefois fournir d'indication sur la sévérité de l'atteinte. Les douleurs à la hanche de l'assuré avaient été prises en compte dans les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Par décision du 7 août 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestation. Pour l'OAI, l'assuré pouvait se reclasser sans perte de gain dans son activité habituelle de graveur, compatible avec son état de santé. En date du 12 septembre 2012, le recourant interjette recours contre cette décision, concluant à son annulation. Selon lui, son incapacité de travail dans son domaine d'activité est totale. L'évaluation médicale de l'intimé est incomplète, dans la mesure où il est toujours suivi par des médecins et qu'il souffre beaucoup. Il rappelle avoir des antécédents de staphylococcie et joint à son recours divers documents, soit notamment: - un courrier du 13 juin 2012 du Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des HUG, qui a relevé que le bilan radiologique standard du recourant montrait un os sous chondral et un os acétabuli avec un morphotype de conflit fémoro-acétabulaire associé à une rétroversion du col fémoral. Selon lui, l'IRM confirmait le conflit fémoro-acétabulaire associée à la lésion labrale des deux côtés mais également une érosion cartilagineuse compatible avec une coxarthrose modérée; - une arthrographie et une coxométrie par CT de la hanche droite des 14 et 18 juin 2012 du Dr G _____, spécialiste FMH en radiologie, qui conclut à une morphologie mixte prédisposant au conflit "fémoro-acétabulaire de type cam et pincer". Dans sa réponse du 12 octobre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il insiste sur la pleine valeur probante du rapport d'examen rhumatologique réalisé au sein du SMR par le Dr W _____. L'intimé considère que les pièces médicales nouvelles produites par le recourant ne sont pas à même de justifier une modification d'appréciation de son état de santé et que les atteintes qui y sont mentionnées ont été prises en compte par l'examineur dans son rapport. En date du 23 novembre 2012, invité à répliquer, le recourant fait parvenir à la Cour de céans son dossier de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire Côte de Nacre de Caen relatif à son hospitalisation et aux soins prodigués en 1986 en raison d'un

staphylocoque doré. Dans sa duplique du 7 janvier 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il indique que les nouveaux documents et le dossier de pédiatrie du recourant ne sont pas susceptibles de modifier son appréciation du dossier. A la suite de quoi, la cause a été gardée 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 130 V 229 consid. 1.1; 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur depuis le 1 er janvier 2008 (5 ème révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1 er janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). La 5 ème révision de la LAI n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5 ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). Quant à la révision 6a de la LAI, les nouvelles mesures qu'elle introduit ne concernent pas les conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6 e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650). Interjeté dans les formes et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA). Le litige porte sur le droit au recourant à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la

fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). 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). 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 (art. 7 LPGa). 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28 al. 2 LAI). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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; ATFA non publié 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) 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). 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). En l'espèce, il résulte des rapports et divers documents médicaux figurant au dossier que le recourant souffre de lombalgies et de cervicalgies chroniques et d'une coxarthrose bilatérale. Les parties s'opposent sur l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la première décision de refus de prestations en 2001 et sur sa capacité de travail dans son activité habituelle de graveur. La décision litigieuse est fondée sur l'examen clinique rhumatologique effectué auprès du SMR le 25 octobre 2011 par le Dr W_____. Il a posé les diagnostics suivants, indiquant qu'ils avaient des répercussions durables sur la capacité de travail: des cervicoscapulalgies et des dorso-lombalgies avec des cruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec deux lipomes probables intra-duraux, extra-médullaires, à la hauteur de D12 et L4-L5, une coxarthrose bilatérale modérée et une discrète gonarthrose droite avec un status après déchirure partielle de l'insertion fémorale du ligament latéral interne. Il en a déduit de nombreuses limitations fonctionnelles, soit la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilogrammes, d'éviter le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kilogrammes, de ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de ne pas s'exposer à des vibrations, de ne pas effectuer de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque ou de rotation rapide de la tête, de ne pas maintenir de position prolongée en flexion ou extension de la nuque et d'éviter les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, le maintien de la position debout de plus d'une heure, la marche de plus d'une heure et la marche sur terrain irrégulier. Selon lui, la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité de magasinier et de vendeur fruits et légumes mais de 100% dans l'activité habituelle de graveur ou toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles constatées. La Cour de céans constate que ce rapport a été établi à la suite d'un examen rhumatologique du recourant, en tenant compte de ses plaintes, de son dossier médical et qu'il est fondé sur une anamnèse familiale, personnelle, scolaire, professionnelle, actuelle, par système et psychosociale détaillée. Il n'est toutefois que peu motivé. En effet, le Dr W_____ retient de nombreuses limitations fonctionnelles sans expliquer dans quel diagnostic elles trouvent leur origine. Malgré les limitations fonctionnelles retenues, il arrive à la conclusion que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de

graveur est totale, sans toutefois expliquer en quoi cette activité consiste, ni en quoi elle serait adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Il sied encore de relever que le recourant n'a plus exercé son activité de graveur depuis 2010. Or, l'examinateur ne fait aucune mention de l'évolution ou du maintien de l'état de santé du recourant durant cette période. Au vu de ces éléments, on peut se demander si le rapport du Dr W _____ a pleine valeur probante. Cette question peut néanmoins demeurer ouverte dans la mesure où il est nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé pour instructions complémentaires et nouvelle décision. En effet, dans un rapport du 19 septembre 2011, soit antérieur à l'examen réalisé par le Dr W _____, le Dr V _____ a constaté chez le recourant un interligne articulaire des deux hanches encore respecté mais une sclérose sous-chondrale très épaissie des deux côtés, signe indirect d'un début d'arthrose avec un probable conflit fémoro-acétabulaire sur la vue axiale. Cliniquement, le recourant présentait une disbalance musculaire assez nette avec un moyen fessier qui était très faible des deux côtés. Si le Dr V _____ n'a pris aucune conclusion relative à la capacité de travail du recourant, il a toutefois mis en évidence une atteinte musculaire dont il n'est fait aucune mention dans le rapport du Dr W _____. Ainsi, le rapport de ce dernier est basé sur un dossier médical incomplet. Par conséquent, le rapport du Dr V _____ devra être communiqué au Dr W _____ afin que ce dernier puisse aborder l'état musculaire du recourant et compléter son appréciation de la situation. En outre, postérieurement à l'établissement du rapport du SMR du 5 décembre 2011, le Dr E _____ a, dans un rapport du 19 décembre 2011, relevé que la morphologie du cotyle et du fémur proximal du recourant pouvait favoriser un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte pince et came. Il a constaté une lésion kystique sous chondrale du rebord latéral du cotyle droit, dégénérative, et de petits signes d'arthrose avec principalement une petite ostéophytose de la tête fémorale, ou une ossification du cotyle postéro-supérieur et du labrum latéral, des lésions dégénératives du labrum qui présentaient deux petites fissurations, l'une en antérieure et l'une en antéro-supérieure, avec érosions cartilagineuse en antéro-supérieur sur le cotyle et sur les deux berges articulaires postéro-inférieures. La capacité de travail du recourant n'a pas été abordée. Dans un courrier du 13 juin 2012 adressé au Dr E _____, le Dr F _____ confirme l'existence d'un conflit fémoro-acétabulaire associé à une lésion labrale des deux côtés mais également et d'une érosion cartilagineuse compatible avec une coxarthrose modérée. Il relève une grande souffrance du recourant, sans toutefois se prononcer sur l'existence de limitations fonctionnelles ou sur sa capacité de travail. Certes, on ne saurait reconnaître à ces deux documents une pleine valeur probante dans la mesure où ils ne satisfont que partiellement aux réquisits jurisprudentiels. Toutefois, les Dr E _____ et F _____ font des constatations médicales objectives dont le SMR n'a analysé ni la portée ni les éventuelles conséquences sur les limitations fonctionnelles du recourant et sur sa capacité de travail. Ces constatations ont été communiquées à l'OAI, puis au SMR, dans le cadre de la procédure contentieuse. Par avis du 3 août 2012, le Dr D _____ du SMR a considéré que le rapport du Dr E _____ confirmait une coxarthrose droite avec un possible conflit fémoro-acétabulaire, sans fournir d'indication sur la sévérité de l'atteinte et que les douleurs à la hanche dont se plaignait le recourant avaient été prises en compte dans les limitations fonctionnelles par l'examinateur. L'analyse du Dr D _____ est sommaire et incomplète dans la mesure où il n'aborde pas la lésion kystique, l'ostéophytose de la tête fémorale, l'ossification du cotyle postéro-supérieur et du labrum latéral et les lésions dégénératives du labrum présentant deux petites fissurations, l'une en antérieure et l'une en

antéro-supérieure, avec érosions cartilagineuse en antéro-supérieur sur le cotyle et sur les deux berges articulaires postéro-inférieures. De plus, il n'indique pas en quoi ces différentes atteintes modifient ou non les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant. Par avis du 21 septembre 2012, le Dr D _____ a considéré que le Dr F _____ ne faisait que retenir les diagnostics déjà évoqués, soit une pathologie lombaire et un conflit fémoro-acétabulaire bilatéral associé à une coxarthrose qualifiée de modérée. Son examen clinique ne présentait pas de signe de gravité, en particulier une diminution du tonus musculaire des deux membres inférieurs. La Cour de céans ne comprend pas l'appréciation du Dr D _____ dans la mesure où, si le Dr F _____ a constaté l'existence d'un conflit fémoro-acétabulaire, tel n'a pas été le cas du Dr W _____. En outre, si la diminution du tonus musculaire n'a effectivement pas été abordée par le Dr F _____, elle a en revanche été constatée par le Dr V _____ dans son rapport du 19 septembre 2011. Or la diminution du tonus musculaire est considérée comme un signe de gravité par le Dr D _____. Il est dès lors incompréhensible que le Dr D _____ n'ait pas abordé cette question de manière détaillée, ni exposé si elle portait ou non à conséquence, sous l'angle des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, le Dr D _____ relève que les plaintes du recourant ont été prises en compte dans le cadre du rapport du Dr W _____ et de la détermination de ses limitations fonctionnelles. Toutefois, ces plaintes ont été prises en considération à la lumière des diagnostics retenus par le W _____. Or, les constatations des Drs V _____, E _____ et F _____ sont susceptibles d'apporter un nouvel éclairage à l'appréciation de la situation et doivent être intégrées à l'analyse du Dr W _____. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à l'intimé afin que celui-ci transmette le dossier au Dr W _____. Ce dernier devra établir si les constatations objectives des Drs V _____, E _____ et F _____ sont susceptibles de modifier les conclusions de son rapport. Il devra procéder à une analyse détaillée des nouveaux éléments qui lui seront soumis et exposer en quoi ils influent ou non sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail du recourant. De plus, le Dr W _____ devra intégrer à son rapport une analyse détaillée de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2010, lorsque celui-ci exerçait encore une activité de graveur. En dernier lieu, un stage d'aptitude professionnelle devra être réalisé afin d'établir si les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec l'activité de graveur, et de déterminer quelle autre activité pourrait être raisonnablement exigée de lui. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 7 août 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.