

GE_GERICHTE A/4374/2015 vom 10. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4374_2015

FR: GE_GERICHTE A/4374/2015 du 10 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/4374/2015 del 10 maggio 2016

Erwägungen

E. 10

mai 2013 et un questionnaire pour l'employeur du 22 février 2013 indiquant que les B_____ étaient en train de définir un profil de poste compatible avec les restrictions de santé de l'assuré.![endif]>![if> 43. Le 10 juin 2013, l'OAI a requis de l'assuré un rapport médical démontrant une aggravation probante.![endif]>![if> 44. Le 8 juillet 2013, l'assuré a transmis à l'OAI :![endif]>![if> - un rapport du 24 janvier 2013 du Dr E_____ selon lequel l'assuré était inapte à assumer un poste d'aide-soignant, même à temps partiel, mais capable de faire de petits travaux de bureau sans formation spécifique à 50% ; l'assuré étant motivé, il convenait de rouvrir son droit à l'AI, en vue d'un reclassement professionnel ;![endif]>![if> - un rapport du Dr F_____ du 27 juin 2013 selon lequel l'assuré était incapable d'exercer comme aide-soignant, mais pouvait travailler à 50% dans des activités de bureau, adaptées à ses limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 45. Le 21 août 2013, le docteur S_____, du SMR, a estimé qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'était attestée par les Drs E_____ et F_____.![endif]>![if> 46. La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 29 octobre 2013 et conclu à la mise en place de stages d'observation aux B_____.![endif]>![if> 47. Un entretien a eu lieu aux B_____ le 5 décembre 2013 en présence d'un représentant de l'OAI, durant lequel divers stages ont été envisagés à 50% (selon courrier des B_____ du 6 décembre 2013 et note de travail de l'OAI du 6 décembre 2013).![endif]>![if> 48. Par courriel du 10 février 2014, les B_____ ont indiqué à l'OAI que selon le docteur T_____, médecin du service de santé du personnel, l'assuré ne pouvait occuper un poste d'aide-soignant aux B_____ et un stage ne pouvait être proposé à l'assuré, un poste adapté n'étant pas à disposition aux B_____. Selon un rapport du Dr T_____ du 24 janvier 2014, seul un poste administratif pourrait correspondre à la situation de santé de l'assuré.![endif]>![if> 49. La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 18 août 2014 et conclu à un stage d'orientation professionnelle pour déterminer une activité adaptée.![endif]>![if> 50. Par communication du 11 décembre 2014, l'OAI a pris en charge un stage chez Pro, entreprise sociale privée, du 24 novembre 2014 au 22 février 2015.![endif]>![if> 51. Selon le rapport d'évaluation de Pro du 10 mars 2015, l'assuré essayait de faire le maximum pour respecter les horaires de travail des ateliers, mais avait dû régulièrement abrégé ses journées à cause des douleurs et de la fatigue ; il était persévérant malgré les douleurs et respectueux du cadre ; il avait un rendement en qualité de 80% et en temps de 40%, insuffisant pour obtenir un emploi sur le marché du travail. L'activité de l'étiquetage de précision s'était révélée être la plus adaptée à la gestion de ses différentes positions, c'est-à-dire assis en utilisant trois chaises différentes avec jambes allongées ou non et position debout. Le rendement en qualité pour ce travail se situait entre 90% et 100%, le rendement en temps était estimé à 25%. Cette activité avait permis de minimiser ses mouvements et ses douleurs. Le sérieux, le calme et le soin avec lesquels l'assuré abordait

le travail avaient été observés par tous les responsables d'activité. De plus, l'assuré possédait un bon sens de l'observation et de l'écoute, qualités estimées aussi dans la relation avec ses collègues. L'assuré avait beaucoup apprécié d'être à nouveau en activité. Il se disait d'ailleurs prêt à continuer un stage non rémunéré pour avoir une mission en-dehors de son domicile, rencontrer des gens et participer à un travail. L'état de santé de l'assuré l'empêchait de retrouver une activité lucrative. Une activité suffisamment respectueuse de ses besoins, notamment en ce qui concernait la position de la nuque, n'était pas représentée sur le marché du travail. Cependant, il pourrait sans autre mettre à profit ses compétences relationnelles dans une activité bénévole. [endif]>[if> 52. A la demande de l'OAI, les B_____ ont indiqué qu'en 2015, l'assuré gagnerait CHF 83'162.45.[endif]>[if> 53. Le 13 juillet 2015, la docteure U_____, du SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, et que ceci était confirmé par un stage chez Pro.[endif]>[if> 54. Le 13 juillet 2015, la réadaptation, sur la base du rapport de Pro du 10 mars 2015, a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité dans le conditionnement.[endif]>[if> 55. Le rapport surveillance – MOP a conclu à la capacité de l'assuré d'exercer une activité dans le conditionnement, sans formation spécifique, la diminution de rendement admise par le SMR permettait à l'assuré de prendre du temps pour soulager ses douleurs. Le degré d'invalidité était identique à celui calculé en 2009.[endif]>[if> 56. Par projet de décision du 2 octobre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et un droit à la rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 27% et une activité dans le conditionnement étant exigible sans formation.[endif]>[if> 57. Le 4 novembre 2015, l'assuré, représenté par Procap, a indiqué qu'il n'avait pas d'objections à formuler.[endif]>[if> 58. Par décision du 12 novembre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.[endif]>[if> 59. Le 14 décembre 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 novembre 2015 en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI ; il requérait l'audition des Drs E_____ et F_____, des responsables d'activité de l'entreprise Pro et l'ordonnance d'une expertise judiciaire rhumatologique. L'OAI était entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Cependant, le dossier n'avait pas été instruit médicalement, alors même que le stage chez Pro concluait à une incapacité de travail totale.[endif]>[if> 60. Le 23 décembre 2015, le Dr S_____, du SMR, a estimé que l'IRM du 16 novembre 2015 était identique à celle du 11 janvier 2007 et que le Dr F_____ ne fournissait pas d'éléments objectifs pour une sévérité, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau.[endif]>[if> 61. Le 27 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'était pas entré en matière s'agissant du droit à la rente, puisqu'il n'y avait pas de détérioration notable de l'état de santé de l'assuré, mais uniquement sur le droit à des mesures professionnelles ; une expertise judiciaire ne se justifiait pas.[endif]>[if> 62. Le 3 février 2016, l'assuré a répliqué en relevant que le Dr S_____ ne se prononçait pas sur la différence de limitations fonctionnelles entre celles attestées par le Dr F_____ le 27 juin 2013 et celles retenues par le Dr I_____, ni sur le fait que son atteinte était de type dégénérative ; il ne se prononçait pas sur l'apparition de problématiques nouvelles au niveau C2 – C3, C3 – C4 et C4 – C5 ; il ne se prononçait pas sur les conclusions de Pro ; le rapport du Dr S_____ n'avait pas de valeur probante.[endif]>[if> L'assuré a communiqué : - un rapport d'IRM cervicale du 16 novembre 2015 concluant à une inversion de la lordose cervicale avec cervicarthrose étagée associant une dessiccation

discale débutante de C4 – C5 à C6 – C7 et une déchirure de l’anneau discal fibreux à ces trois étages venant jusqu’en surface. En C4 – C%, débord discal circonférentiel harmonieux. En C5 – C6, discuncarthrose gauche avec saillie foraminale droite en conflit avec la racine C6 droite. En C6- C7, protrusion discale médiane avec hernie discale foraminale gauche venant en conflit avec la racine C7 gauche ;

un rapport de consultation du 1^{er} décembre 2015 du docteur R_____, radiologue FMH, selon lequel « le patient a bénéficié d’une nouvelle IRM révélant clairement une hernie discale C6 – C7 gauche en conflit avec la racine C7 gauche et une hernie discale C5 – C6 droite. L’électromyogramme ne retient aucun signe d’urgence. L’IRM révèle également une inversion de la lordose cervicale avec un patient présentant une cervicalgie invalidante. La douleur première est située d’irradiation brachiale. La 2^{ème} douleur est scapulaire interne, d’allure et de projection facettaire. A l’appui facettaire, on note une douleur élective prioritaire en C2 – C3, C5 – C6 et C6 – C7 d’allure facettaire étagée. Nous expliquons donc au patient que nous proposons comme convenu de trois blocs de la douleur. »

63. Le 29 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré : « J’ai des douleurs qui sont en constante augmentation. Elles concernent la nuque, le thorax, parfois les mains, le bas du dos, les jambes. Elles augmentent à l’effort, notamment lorsque je fais des mouvements avec les mains. J’ai également des maux de tête permanents et la sensation que je n’arrive pas à porter ma tête. J’ai d’importants troubles du sommeil. Je suis parfois réveillé en raison des douleurs et je n’arrive parfois pas à me rendormir du tout. J’ai questionné le médecin du Service de de santé des HUG sur une éventuelle opération, mais celui-ci me l’a fortement déconseillé. Il a dit que c’était très risqué, car j’ai plusieurs vertèbres qui sont lésées et une opération pourrait même augmenter les douleurs. Les activités du quotidien sont très limitées. Je ne m’occupe pas du ménage ; j’accompagne de temps en temps mes enfants à l’école. En raison de l’augmentation des douleurs, j’ai fait une IRM en novembre 2015 qui, selon mon médecin, a montré une péjoration avec une hernie discale, une arthrose cervicale et une lordose cervicale, notamment. On m’a proposé des infiltrations, mais les autres médecins que j’ai consultés me l’ont déconseillé. Le Dr E_____ a évoqué une amélioration de mon état de santé en janvier 2013 car, à cette époque, j’avais insisté auprès de lui pour retrouver un travail, en pensant que cela pourrait m’aider dans la gestion de mes douleurs et je lui ai également dit que mon moral allait mieux. Il m’avait promis qu’il allait m’aider dans cette démarche. Durant le stage chez PRO, j’ai essayé de faire le maximum en supportant la douleur et en changeant de position. J’ai effectué des travaux administratifs sur ordinateur, du classement, de l’étiquetage, j’ai arrangé des boîtes, un travail de buanderie et de réception. J’ai souvent dû changer de position, car j’avais des fourmillements dans les jambes, ainsi que des douleurs. Je suis suivi par le Dr F_____ que je vois une à deux fois par mois, en fonction des douleurs. J’ai toujours envie de travailler et j’aimerais bien trouver un travail compatible avec mes problèmes de santé. J’ai essayé de trouver un travail aux B_____, mais ceux-ci ont refusé, même un stage à 50%. » La représentante de l’OAI a déclaré : « Juridiquement, nous maintenons que la décision litigieuse est un refus d’entrer en matière sur la rente. Nous considérons que le rapport du 13 juillet 2013 de la Dresse U_____ était clair. Dans le cas contraire, nous n’ordonnons jamais directement une expertise médicale, mais nous devons repasser par le SMR, qui a le pouvoir de décider des instructions médicales. Nous avons considéré qu’une activité dans l’industrie légère était possible et qu’elle consistait donc en une mesure simple et adéquate, de sorte qu’un reclassement n’est pas justifié. Dans le cas

du recourant, il était au bénéfice d'un diplôme d'aide-soignant. Même si la formation antérieure est prise en compte, dans ce cas-là, il ne se justifie pas qu'une mesure de reclassement soit ordonnée. A la lecture du recours, je constate que M. A_____ demande principalement une rente et qu'il ne se sent pas spécialement apte à travailler. » L'avocat de l'assuré a déclaré : « Mon client veut clairement retravailler ; il souhaite donc une mesure professionnelle. Mais, lorsqu'on lit les conclusions du rapport de l'entreprise PRO, on peut avoir des doutes sur la capacité de travail de M. A_____. S'il s'agit d'une décision de non-entrée en matière, comme l'estime l'OAI, nous estimons que l'aggravation a été suffisamment vraisemblable pour que l'OAI entre en matière sur la demande de révision. S'il s'agit d'une décision de refus de rente, le dossier n'a manifestement pas été instruit suffisamment du point de vue médical. » 64. Le 17 mars 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise à la doctoresse V_____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, et leur a fixé un délai au 26 avril 2016 pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'experte et sur la mission d'expertise. 65. Le 4 avril 2016, le Dr S_____, du SMR, a indiqué qu'il n'avait pas de question complémentaire à poser. 66. Le 25 avril 2016, l'assuré a requis une modification des questions de la mission d'expertise, en ce sens que l'aggravation de l'état de santé devait être appréciée depuis la date de l'expertise du Dr I_____ et non pas depuis la dernière décision de l'OAI du 9 février 2009. 67. Le 3 mai 2016, l'OAI a observé que l'objet du litige ne concernait que le droit à d'éventuelles mesures professionnelles, le droit à la rente ayant été rejeté par arrêt de la chambre de céans du 30 mai 2011 ; l'OAI avait refusé d'entrer en matière sur le droit à la rente de l'assuré, celui-ci n'ayant apporté aucun élément susceptible de faire penser à une éventuelle détérioration ultérieure de son état de santé. Partant, les questions posées à l'expert relatives à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant devaient être supprimées de la mission d'expertise. 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 dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles et une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si la décision litigieuse comporte un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 4 juin 2013. 4. a) Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux

mêmes critères. b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 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 108 consid. 2b p. 114). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). 5. En l'occurrence, après réception de la demande de prestations du 4 juin 2013, l'intimé a sollicité du recourant le 10 juin 2013 la démonstration d'une aggravation probante de son état de santé ; le recourant a fourni des rapports médicaux des Drs E_____ du 24 janvier 2013 et F_____ du 27 juin 2013. Le 21 août 2013, le Dr S_____, du SMR, a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé ; l'intimé a ensuite mis en

place un stage chez l'entreprise Pro, laquelle a conclu le 10 mars 2015 à une capacité de travail du recourant nulle sur le marché du travail, après quoi, la Dresse U_____, du SMR, a été sollicitée et s'est prononcée, dans un avis du 13 juillet 2015, en confirmant que le recourant était apte à travailler à 80% dans une activité adaptée. Sur quoi, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 27%, soit identique à celui calculé en 2009. [endif]>![if> Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision litigieuse s'est bien prononcée sur le droit à une rente d'invalidité du recourant, dans le cadre d'une demande de révision initiée en juin 2013, et qu'à aucun moment l'intimé n'a rendu de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier après l'avis du Dr S_____ du 21 août 2013, lequel considérait que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'était pas attestée par les médecins-traitants de celui-ci. Au contraire, l'intimé a mis en place une orientation professionnelle et, suite au rapport de stage, a sollicité le SMR pour qu'il se prononce à nouveau sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, la décision litigieuse s'intitule « refus de rente d'invalidité » et conclut ce qui suit : « d'autres mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Le droit à la rente d'invalidité n'est pas reconnu. » Elle fait état d'une nouvelle demande de prestations du recourant de juin 2013 et explique qu'après la mise en place d'une orientation professionnelle, le degré d'invalidité du recourant reste inchangé, l'exigibilité précédemment définie par le SMR étant toujours d'actualité. L'objet du litige porte ainsi tant sur le refus d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles que sur le droit à une rente d'invalidité. 6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). [endif]>![if> L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du

dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). 7. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. a. 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).

!endif]>![if> 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. 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. Etant 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).

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale

établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). g. 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. 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; 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 du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). h. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de

travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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 particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration

reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>[if> 11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).>[if> 12. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 9 février 2009, avec une incidence sur sa capacité de travail, de telle sorte que son degré d'invalidité serait supérieur à 27%, étant précisé que celui-ci a été arrêté dans la décision précitée et calculé sur la base d'une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée. Par ailleurs, il convient également de déterminer si, en toute hypothèse, le recourant a droit à d'autres mesures professionnelles.>[if> La chambre de céans constate que les médecins-traitants du recourant ont attesté d'une capacité de travail de celui-ci de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (avis des Drs E_____ du 24 janvier 2013 et F_____ du 27 juin 2013), que le Dr R_____ a fait état, le 1^{er} décembre 2015, du rapport d'IRM du 16 novembre 2015 en mentionnant des conclusions différentes de celles du rapport d'IRM du 11 janvier 2007 et que le rapport de stage de l'entreprise Pro du 10 mars 2015 a conclu à une capacité de travail nulle dans le circuit économique normal, le rendement, dans une activité la mieux adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant étant, au maximum, de 25%. Ces estimations et évaluations vont dans le sens d'une aggravation plausible de l'état de santé du recourant. S'agissant de l'avis de la Dresse U_____, du SMR, du 13 juillet 2015 – selon lequel le rapport de stage chez Pro confirmerait une capacité de travail dans le circuit économique normal de 100%, avec une diminution de rendement de 20% - outre qu'il est très sommaire, n'est pas probant, les conclusions du rapport de stage chez Pro faisant état non pas d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%, mais bien d'une capacité de travail nulle du recourant. Or, dans le cas, comme en l'espèce, où les conclusions de l'observation professionnelle divergent sensiblement de l'appréciation médicale, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'intéressé ; tel n'est manifestement pas le cas de l'avis de la Dresse U_____ du 13 septembre 2015, sommairement motivé et contradictoire. En outre, dans le cas, comme en l'espèce, où le rapport d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (consid. 8 h. supra). 13. Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner un tel complément d'instruction par le biais d'une expertise judiciaire rhumatologique, laquelle sera confiée à la doctoresse V_____, FMH rhumatologie et médecine interne générale.>[if> 14. Après avoir pris connaissance du projet de mission d'expertise, les parties ont formé des observations.>[if> S'agissant des observations de l'intimé, il convient de relever que, comme

exposé ci-avant (consid. 5), l'intimé n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, mais bien une décision de refus de rente d'invalidité, de sorte que les questions portant sur l'aggravation éventuelle de l'état de santé du recourant sont pertinentes et seront maintenues. S'agissant des observations du recourant, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence précitée, le point de savoir si une aggravation de l'état de santé s'est produite doit être apprécié en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision de l'intimé reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit en l'occurrence la décision du 9 février 2009 et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse, en l'occurrence la décision du 12 novembre 2015 (consid. 6 supra). Partant, les questions 8 et 10 b. ne seront pas modifiées. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant Préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse V_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment les Drs F_____, E_____ et R_____. C. Examiner M. A_____. D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ? 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? 5. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ? 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ? 7. L'état de santé de M. A_____ s'est-il aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations de l'OAI du 9 février 2009 ? Si oui, de quelle manière ? En particulier, cette aggravation a-t-elle conduit à une capacité de travail inférieure à celle fixée antérieurement par l'OAI, soit de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dans une activité adaptée ? 8. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ peut-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? b) Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? c) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? 9. a) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? b) De nouvelles limitations fonctionnelles sont-elles apparues depuis la dernière décision de l'OAI de refus de prestations du 9 février 2009 ? c) En particulier, le rapport d'IRM du 16 novembre 2015 atteste-t-il de nouveaux diagnostics par rapport au rapport d'IRM du

E. 11

Quel est le pronostic ?

E. 12

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, lesquelles ?

E. 13

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Alicia PERRONE La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le