

.RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1041/2016

ATAS/72/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} février 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT
SCHEIDEGGER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé en qualité de spécialiste administratif dès 1986.
2. Le 6 juin 2005, l'assuré a subi un accident de voiture. Il a ressenti des lombalgies dès le lendemain.
3. Le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a procédé à une arthroplastie L4-L5 avec mise en place d'une prothèse discale en date du 9 novembre 2005.
4. Le 3 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
5. Dans son rapport du 29 octobre 2006, le Dr B_____ a diagnostiqué des lombalgies mécaniques avec répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci avait été nulle du 6 juin 2005 au 2 mai 2006, de 50 % du 3 au 8 mai 2006, puis à nouveau nulle depuis le 9 mai 2006. L'intervention avait été réalisée en raison de l'intensification des lombalgies, qui s'étaient à nouveau exacerbées depuis. L'état de santé s'aggravait. L'assuré pouvait travailler trois à quatre heures par jour dans l'activité habituelle. Le rendement était diminué en raison du port de charges et de postures difficiles. Une autre activité permettant des changements fréquents de position était exigible à raison de six à huit heures par jour, par exemple une activité de surveillance, de réception ou d'huissier. Une diminution de rendement serait alors attendue pour faire des pauses.
6. Dans son avis du 11 mai 2007, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu au vu de la prothèse discale en L4-L5 et de la discopathie modérée en L5-S1 les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 9 kg, pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de position statique ou debout prolongée, pas de position en porte-à-faux
7. Le Dr C_____, dans son avis du 26 juillet 2007, a retenu que le poste actuel, tel que décrit par l'employeur, n'était pas adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, consistant en l'épargne du rachis. Il n'y avait pas d'incapacité de travail totale dans une activité physiquement légère. L'exigibilité était de 70 % six mois après l'intervention, correspondant à un 100 % avec une diminution de rendement de 30 %.
8. Par décision du 28 mai 2008, l'OAI a nié le droit aux prestations. Le degré d'invalidité de l'assuré de 32 % n'ouvrait pas le droit à la rente. Le droit à des mesures d'ordre professionnel était ouvert, mais ces dernières n'étaient pas indiquées.
9. En date du 31 janvier 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé. A l'appui de sa demande, il a notamment produit un rapport d'observation du 28 mai 2009 des

maîtres socioprofessionnels de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où l'assuré avait suivi un stage à raison de trois heures par jour du 14 avril au 13 mai 2009. Selon ce rapport, l'assuré ne pouvait pas respecter un horaire régulier, attendu qu'il n'avait pas pu venir le matin durant 30 à 40 % des jours en raison de ses douleurs et de son manque de force. Ils ont également noté que la capacité de travail se dégradait plus rapidement en position debout, et particulièrement en fin de journée. Le rendement de l'assuré ne dépassait pas 20 %. Ce dernier n'était pas en mesure de travailler sur le marché primaire du travail, mais une activité dans un atelier protégé, où l'environnement serait plus adapté à ses besoins de contrôle et de stimulation, serait parfaitement adéquate.

10. En date du 5 mars 2010, l'assuré a transmis à l'OAI les rapports suivants :
 - certificat du 11 février 2010 établi par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, laquelle a indiqué qu'elle suivait l'assuré depuis le 21 octobre 2009 et que les symptômes douloureux commençaient à réagir au traitement, dont la durée et l'issue étaient pour l'heure impossibles à déterminer;
 - certificat du 25 février 2010 de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, laquelle a attesté suivre l'assuré depuis le 15 janvier 2009 en raison d'un état dépressif survenu au décours de ses troubles physiques et des complications sociales et administratives en découlant. Elle a relevé l'existence de troubles mnésiques probablement imputables à la prise de Tramal. En raison de ses limitations fonctionnelles fluctuantes au cours de la journée et intensifiées par l'effort, l'assuré était incapable de tenir un horaire fixe dans un emploi, lequel ne pourrait pas dépasser 20 %;
 - une attestation du 5 mars 2010 de la doctoresse F_____, médecin traitant de l'assuré, faisant état d'une arthroplastie en novembre 2005, d'une dysfonction érectile et d'un problème au niveau des blocs L4-L5, d'où l'éventualité d'une nouvelle intervention, ainsi que d'un état anxio-dépressif.
11. En date du 25 mars 2010, la doctoresse G_____, médecin auprès du SMR, a estimé que les documents médicaux parlaient en faveur d'une aggravation et d'une nouvelle atteinte au plan psychique, de sorte qu'il y avait lieu d'instruire le dossier.
12. Dans son rapport du 14 mai 2010, la Dresse E_____ a posé les diagnostics d'écrasement des disques vertébraux L4-L5 et d'état dépressif moyen, avec des moments de profonde tristesse et de découragement. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 6 juin 2005 et de 80 % d'août 2008 à décembre 2009. L'assuré avait des troubles de l'attention probablement liés à l'anxiété et des troubles mnésiques probablement imputables au Tramal.
13. Dans un rapport du 31 mai 2010, la Dresse F_____ a essentiellement retenu un status post-arthroplastie L4-L5, des lombalgies mécaniques, des troubles de la miction ayant une incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'un état anxio-

dépressif et des *cluster headaches* sans effet sur la capacité de travail. Elle a ajouté que l'incapacité de travail dans l'activité précédente était de 100 % dès le 29 octobre 2009 et que les limitations fonctionnelles concernaient les efforts physiques et les changements de position. Elle a coché toutes les limitations fonctionnelles dans le formulaire joint.

Elle a notamment joint à son rapport les documents suivants :

- rapport du 12 août 2009 du docteur H_____, spécialiste FMH en urologie, indiquant que l'assuré était connu pour une hyperréflexie détrusorienne accompagnée de fuites d'urine et d'une hypoéjaculation, qui s'étaient manifestées au décours de l'arthroplastie vertébrale lombaire en 2005. Le traitement avait stabilisé la situation mais n'avait pas apporté d'amélioration, de sorte que l'assuré restait toujours gêné par une fréquence mictionnelle accrue, avec des urgences et occasionnellement des fuites paroxystiques et irrépessibles. Une neurostimulation sacrée pourrait entrer en considération ;
 - rapport du 25 juin 2009 du docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a signalé que l'assuré présentait des lombosciatalgies bilatérales, sans qu'il soit possible de mettre en évidence un syndrome vertébral malgré les douleurs, ni un syndrome radiculaire. Il s'agissait manifestement d'un échec d'une chirurgie de prothèse discale L4-L5. Le Dr I_____ préconisait une prise en charge des lombosciatalgies en thérapie neurale ;
 - rapport du 20 avril 2010 du docteur J_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, mentionnant par rapport à 2008 l'apparition de décharges dans le dos, témoignant d'une certaine micro-instabilité lombaire, et de douleurs cervicales hautes ;
 - rapport du 4 mai 2010 du Dr J_____, selon lequel l'IRM et les radiographies de la colonne lombaire montraient une prothèse discale en place et un signe de subluxation de la prothèse dans les tests fonctionnels. Il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical.
14. L'OAI a mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans son rapport du 20 avril 2011, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, a résumé le dossier de l'assuré et retracé son anamnèse. L'assuré se plaignait de lombalgies basses et de douleurs cervicales, accompagnées de céphalées postérieures, de troubles urinaires, de troubles de l'érection et de troubles psychologiques. Il disait que la douleur lombaire s'était aggravée avec les années. À l'issue de l'examen clinique, complété par des examens psychiatrique et neurologique ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation en atelier professionnel, le Dr K_____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif de degré moyen en rémission partielle, de lombalgie chronique irradiant dans le membre inférieur gauche, de troubles vésico-sphinctériens postopératoires (hyperréflexie détrusorienne et hypo-éjaculation) et

d'une arthroplastie L4-L5. L'assuré présentait également une discopathie dégénérative L5-S1 et des *cluster headaches*, sans incidence sur sa capacité de travail.

La lombalgie persistait malgré le succès technique de l'opération. La douleur lombaire ne s'était jamais accompagnée d'un trouble neurologique objectif, hormis l'atteinte vésico-sphinctérienne postopératoire, pour laquelle l'assuré n'avait pas souhaité la pose d'un neurostimulateur. L'examen physique ostéo-articulaire et neurologique actuel ne montrait aucune anomalie objective nouvelle depuis la fixation de l'exigibilité par le SMR en 2007. Les discrètes anomalies nouvelles visibles sur les documents d'imagerie postérieurs à 2007 étaient l'accentuation de la discopathie dégénérative L5-S1 (Modic II) et la possible augmentation de l'hypotrophie de la musculature lombaire basse profonde. Ces anomalies n'étaient pas d'une importance telle qu'elles constituaient une aggravation significative de l'atteinte à la santé. Elles ne justifiaient pas la reconnaissance d'une incapacité de travail. Du point de vue du pronostic, l'évolution montrait qu'il ne fallait pas attendre des mesures médicales une régression significative de la lombalgie, et qu'il était peu probable que celle-ci disparaisse avec le temps. Les troubles sphinctériens étaient déjà présents lorsque le SMR avait fixé l'exigibilité. Les urgences mictionnelles étaient manifestes et leurs conséquences très gênantes pour l'assuré. Pour éviter que l'assuré ne mouille ses habits, il était nécessaire que l'activité professionnelle s'exerce dans un lieu disposant de toilettes. La seconde atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail était l'atteinte psychique. Celle-ci avait débuté en 2005 par une diminution progressive de la thymie. La situation s'était aggravée à partir de 2008, et il y avait un suivi psychiatrique depuis 2009. Avec le soutien pharmacothérapeutique et psychothérapeutique, l'évolution était partiellement favorable. Actuellement, on pouvait poser le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen en rémission partielle. Les troubles de l'humeur, le ralentissement et les difficultés de concentration justifiaient de reconnaître une diminution de la capacité de travail quelle que soit la profession, de 50 % de juin 2008 à janvier 2010, puis de 30 % dès février 2010, ceci pour une longue durée. Les évaluations des capacités fonctionnelles et en ateliers professionnels révélaient que l'assuré sous-estimait quelque peu ses aptitudes liées au travail. Une diminution du rendement avait été constatée aux ateliers professionnels. Cela pouvait s'expliquer en partie par la comorbidité psychiatrique, en partie par l'état douloureux. Les performances accomplies durant l'évaluation fonctionnelle correspondaient à un niveau d'effort léger. Les performances réalisées durant ces évaluations devaient être interprétées de façon critique, la volonté de donner le maximum ayant été parfois incertaine. En conclusion, l'atteinte à la santé psychique était le seul élément nouveau ayant valeur d'aggravation depuis la fixation de l'exigibilité par le SMR en 2007. Les limitations étaient les suivantes : au plan psychique, troubles de l'humeur, ralentissement, difficultés de concentration, et au plan physique, activités accroupies, à genoux, maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, mouvements de flexion/torsion répétés du tronc,

exposition du corps entier aux vibrations et au froid, marche en terrain difficile à la montée ou à la descente, port de charges de plus de 10 kg, maintien de la position assise plus d'une heure, maintien de la position debout statique plus de 15 minutes, travail en hauteur sur une échelle, activités éloignées des toilettes s'il n'y avait pas la possibilité de se soulager loin du regard des autres. En raison de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle dans l'activité professionnelle habituelle restait de 25 %. Ce taux n'était donc pas influencé par la reconnaissance d'une incapacité de travail partielle toutes professions confondues, du fait d'une aggravation de l'état de santé psychique. La diminution du rendement était actuellement de 30 % du fait des troubles de l'humeur, du ralentissement, des difficultés de concentration et de la nécessité de se rendre régulièrement aux toilettes. Par conséquent, la capacité de travail de 25 % nécessitait de répartir la présence sur la place de travail durant la demi-journée. L'incapacité de travail avait été totale du 6 juin 2005 au 2 mai 2006, de 50 % du 3 au 8 mai 2006, et totale dès le 9 mai 2006. Le SMR avait conclu à une incapacité de travail dans une profession adaptée de 30 %. En raison de l'aggravation de l'atteinte à la santé en rapport avec le trouble psychique, ce taux devait être augmenté à 50 % pour la période du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010. Dès le 1^{er} février 2010, l'incapacité de travail dans une activité adaptée était à nouveau de 30 %. En effet, il n'y avait pas lieu d'ajouter l'incapacité liée à l'atteinte à la santé lombaire (30 %) et celle en rapport avec l'atteinte à la santé psychique (30 %). Bien que les évaluateurs des ateliers professionnels considèrent que des mesures de réentraînement physique et psychique pourraient très probablement améliorer les conditions de maintien dans un emploi adapté, le Dr K_____ estimait, au vu de l'entier de l'évaluation, que de telles mesures n'auraient guère d'impact.

Le rapport du Dr K_____ était accompagné d'un rapport psychiatrique établi le 15 mars 2011 par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, d'un rapport d'examen neurologique du 23 février 2011 du docteur Andreas MÜHL, spécialiste FMH en neurologie, et des rapports d'évaluation des capacités fonctionnelles et des ateliers professionnels.

15. Dans un avis du 19 mai 2011, le docteur H_____, médecin auprès du SMR, a conclu au vu du rapport de la CRR qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'atteinte physique de l'assuré avec répercussion supplémentaire sur la capacité de travail. Une atteinte psychique nouvelle avait conduit à une limitation supplémentaire de la capacité de travail du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010. En conclusion, le SMR retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 6 juin 2005 et de 25 % dès mai 2006. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, déterminées lors de l'expertise en février 2011, la capacité de travail était de 70 % dès mai 2006, de 50 % du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010, et de 70 % dès le 1^{er} février 2010. Il n'y avait pas de traitement exigible.
16. Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré. Il a considéré que les conclusions de l'expertise de la CRR révélaient qu'hormis

une période d'incapacité de 50 % dans toute activité du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010, la capacité de travail de l'assuré était de 70 % dans toute activité depuis le 1^{er} février 2010. La teneur de sa décision du 28 juin 2008 restait ainsi valable.

17. Dans le cadre du recours interjeté à l'encontre de la décision du 15 septembre 2011 devant la chambre de céans, l'assuré a notamment produit les documents suivants :
- certificat du 20 septembre 2011 de la Dresse D_____, attestant suivre l'assuré pour des douleurs dorso-lombaire invalidantes depuis le mois d'octobre 2009. Celui-ci répondait favorablement au traitement, mais l'évolution était très lente;
 - rapport du 29 septembre 2011 de Monsieur M_____, ostéopathe, certifiant avoir constaté une réelle raideur et un manque de mobilité en flexion/inclinaison dans le bas du dos et du bassin, un épaississement flagrant des tissus conjonctifs lombaires suite à une réaction d'inflammation majeure postopératoire, une réaction neuro-musculaire compensatoire se terminant au niveau de la tête avec une grosse réaction le soir et un véritable blocage en profondeur au niveau des charnières C7/D1, D12/L1 et L5-S1 ;
 - rapport du 17 octobre 2011 du docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui avait mis en évidence lors de l'examen clinique de très importantes tensions musculaires pouvant expliquer la symptomatologie. Le Dr N_____ proposait une prise en charge dans un schéma de physiothérapie de réadaptation ;
 - rapport du 4 novembre 2011 de la Dresse E_____, selon laquelle l'état dépressif avait débuté peu après l'accident et ses opérations, avec une dégradation de l'humeur au fil des mois. La psychiatre disait ne pas comprendre sur quelles bases l'expert de la CRR avait retenu une diminution de la capacité de travail de 50 % pour des raisons psychiques à partir de la date arbitraire de juin 2008, alors même que ses troubles justifiaient une incapacité de travail de 100 %, et comment l'expert avait fixé au 30 janvier 2010 la date de l'amélioration de l'incapacité de travail à 30 %. Depuis le mois de janvier 2011, le traitement antidépresseur avait permis une très légère amélioration de l'humeur, laquelle permettait actuellement à l'assuré de travailler à 20 %, voire à 30 %.
18. Par ordonnance du 14 mai 2012 (ATAS/637/2012), la chambre de céans a confié une expertise rhumatologique et psychiatrique aux docteurs O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Elle a considéré que le rapport de la CRR était peu motivé et trop imprécis pour statuer sur l'état de santé de l'assuré et l'incidence de ses troubles sur sa capacité de travail.
19. Dans son rapport du 23 octobre 2012, le Dr P_____ a résumé le dossier de l'assuré, retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes et consigné ses constatations objectives au cours de l'examen clinique. Il a posé le diagnostic de dysthymie (F 34.1) et de trouble mixte de la personnalité (F 61), avec traits évitants, dépendants

et anankastiques. La fragilité de la personnalité pouvait être considérée comme grave dans la mesure où elle avait interféré de manière significative avec la scolarité, la formation professionnelle et la vie sentimentale de l'assuré.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, en particulier entre le mois de mai 2008 et le mois de septembre 2010, le Dr P_____ a indiqué que la dépression apparue en 2007 s'était aggravée dans le courant de 2008, atteignant alors le degré d'un épisode dépressif moyen. Selon les données disponibles, l'épisode dépressif avait persisté jusqu'à mi-2011. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % de juillet 2008 à juin 2011 et de 30 % du seul point de vue psychique, avant et après cette période. S'agissant des limitations fonctionnelles qu'engendraient les différents troubles constatés, l'expert a précisé que les limitations actuelles concernaient surtout les ressources adaptatives, très réduites du fait de la fragilité structurelle de la personnalité, et que le trouble dépressif réduisait aussi, dans une mesure modérée, l'énergie disponible et la motivation de se projeter dans l'avenir.

20. Dans son expertise rhumatologique du 25 octobre 2012, la Dresse O_____ a résumé l'anamnèse de l'assuré, qu'elle a interrogé sur ses plaintes. A l'issue de son examen clinique, elle a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une mise en place d'une prothèse discale L4-L5 par voie antérieure le 9 novembre 2005, et des troubles urinaires sur hyperréflexie du détrusor. L'anamnèse et l'examen clinique étaient superposables à ceux mentionnés dans les différents rapports médicaux, dans le sens où les plaintes restaient identiques. Hormis une augmentation des douleurs, il n'y avait pas d'exagération ou d'amplification des plaintes, ni de signe de Waddell. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas eu d'amélioration entre mai 2008 et septembre 2010 mais les douleurs avaient progressivement augmenté et les troubles urinaires étaient devenus plus importants sur cette période. L'experte a précisé que depuis 2008, les éléments nouveaux consistaient en des décharges électriques selon les mouvements du tronc, l'apparition d'une petite mobilité de la prothèse en extension, ainsi qu'en une légère aggravation de la discopathie L5-S1 par rapport aux IRM précédentes. Les lombalgies entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise plus de 30 minutes, pas de position debout statique, déplacements occasionnels, changement fréquents de position, proximité des toilettes, pas de port de charges de plus de 5 kg (pouvant également entraîner des fuites urinaires) et de marche prolongée plus de 30 minutes. L'assuré devait toujours se trouver à proximité de toilettes. Dans son ancienne activité professionnelle, qui nécessitait beaucoup de manipulations, de déplacements et de port de charges, la capacité de travail de l'assuré était de 25 % depuis 6 mois après l'intervention, c'est-à-dire au maximum de 50 % avec en sus une diminution de rendement de 50 %. Dans une activité plus légère, plutôt assise, sans port de charges, avec possibilité de changer de position, eu égard aux limitations, aux problèmes urinaires et aux évaluations dans les ateliers, la capacité de travail était

affectée principalement par une diminution du rendement qui pouvait être estimée à 50 %.

En consilium, les experts se sont déterminés sur les constatations et les conclusions des médecins de la CRR en notant qu'au plan psychiatrique, la description du trouble dépressif était cohérente avec les constatations. L'expert psychiatre avait toutefois omis de décrire les éléments de personnalité qui transparaissaient du parcours heurté de l'assuré sur les plans sentimental et professionnel. L'absence de connaissance du traumatisme subi par l'assuré durant sa pré-adolescence et de l'exclusion de l'armée pour motif psychiatrique avait certainement joué un rôle dans la non-prise en compte de la fragilité de la personnalité. Sur le plan rhumatologique, l'expertise de la CRR n'avait pas tenu compte de la mention de décharges électriques selon les mouvements du tronc et de la petite instabilité de la prothèse sur les radiographies fonctionnelles, éléments nouveaux par rapport aux rapports de 2007. Les troubles sphinctériens étaient également présents mais n'étaient pas mentionnés ni pris en compte dans les limitations fonctionnelles en 2007. Concernant le commentaire des experts de la CRR sur les évaluations en atelier, leur avis semblait subjectif dès lors que l'assuré avait été collaborant et avait exécuté correctement les tâches demandées avec les membres supérieurs, et qu'ils admettaient de nombreuses limitations fonctionnelles.

Les experts judiciaires ont répété que la capacité de travail dans l'activité antérieure était limitée à 25 % depuis 6 mois après l'opération de novembre 2005, soit dès mai 2006. Ce taux était resté inchangé depuis lors et incluait la baisse de rendement. L'incapacité de travail de 30 % versus 50 % pour motif psychique était sans objet au vu de l'incapacité de travail supérieure pour motif somatique. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée, au plan rhumatologique, en raison des limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail était altérée par une diminution de rendement de 50 %, même dans une activité adaptée, car l'assuré ne pouvait rester longtemps en position assise, devait changer très fréquemment de position et pouvoir aller fréquemment aux toilettes. Il pourrait exercer une activité légère de bureau respectant ces contraintes. Sa capacité de travail ne s'était pas améliorée depuis mai 2006 et s'était plutôt progressivement aggravée sur le plan des douleurs, en tout cas depuis 2008. Sur le plan psychique, une capacité de travail théorique de 50 % existait. Toutefois, il paraissait peu probable que l'assuré soit en mesure d'affronter les exigences d'une réadaptation professionnelle, car ses ressources adaptatives étaient très limitées pour les raisons structurelles de personnalité décrites. Aucune mesure médicale ou adaptation de poste de travail ne permettrait d'améliorer sa capacité de travail. Au plan rhumatologique, des mesures de réadaptation étaient envisageables. Cependant, l'assuré n'avait pas travaillé depuis 2005. Il n'avait pas de formation professionnelle et ses connaissances en informatique étaient limitées à des programmes de base. Sur le plan psychique, une réadaptation avait peu de chances de réussir pour les raisons mentionnées précédemment. Le pronostic des experts était le suivant. Du point de vue

rhumatologique, il n'y aurait probablement pas de changement dans les symptômes car il n'y avait pas eu d'évolution depuis 2006, voire une aggravation des douleurs. Les limitations étaient peu compatibles avec le monde du travail actuel. Sur le plan psychique, on pouvait espérer un certain soulagement du poids du traumatisme de l'enfance avec une approche psychothérapeutique ciblée sur cet événement. Il était peu probable que cette intervention amène une amélioration des ressources adaptatives telle que cela puisse modifier le pronostic professionnel dans un délai prévisible.

21. À la demande de la chambre de céans du 20 décembre 2012, les Drs O_____ et P_____ ont précisé par courrier du 30 janvier 2013 que le taux d'activité exigible dans une activité adaptée, globalement, était de 50 % de mai 2006 à juin 2008 et qu'il était également de 50 % de juin 2008 à juin 2011 et au-delà. Ils ont souligné que ce taux était théorique, compte tenu des troubles psychiques de l'assuré, qui représentaient à leur avis un obstacle majeur à un processus de réadaptation.
22. Par arrêt du 18 juin 2013 (ATAS/623/2013), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré. Elle a relevé que le litige portait sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 28 mai 2008. Elle a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise des Drs P_____ et O_____, dont aucun élément au dossier ne justifiait que l'on s'en écarte. Selon cette expertise, malgré une aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était restée identique. Partant, il n'y avait pas eu de modification importante du degré d'invalidité au sens de la loi, de sorte que les conditions d'une révision du droit à la rente n'étaient pas remplies. Selon les observations des experts judiciaires, la décision du 28 mai 2008 ne tenait pas compte des troubles urinaires signalés en septembre 2007. Il ressortait en outre du rapport établi par la Dresse E_____ en date du 4 novembre 2011 que cette décision n'avait pas pris en considération l'état dépressif qui s'était installé peu après l'accident et les opérations qui s'en étaient suivies. Cela étant, l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré était sans pertinence dans le cadre d'une révision du droit aux prestations. En effet, l'assuré n'avait pas fait valoir le caractère manifestement erroné de la décision du 28 mai 2008 dans sa deuxième demande de prestations, et seul l'OAI avait la faculté de reconsidérer la décision initiale. L'assuré n'avait pas non plus fait valoir que des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui justifieraient une révision procédurale avaient été découverts.
23. À son tour saisi d'un recours, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 29 juillet 2014 (9C_573/2013). Il a retenu qu'il apparaissait que le SMR et les experts judiciaires avaient procédé à une appréciation différente de l'influence des troubles de nature somatique sur la capacité de travail de l'assuré. Dans ces conditions, c'était à bon droit que la chambre de céans avait nié l'existence d'un motif de révision du droit aux prestations.

24. Par courrier du 3 septembre 2014 à l'OAI, l'assuré a affirmé qu'il ressortait de la procédure de recours que la décision du 28 mai 2008 était erronée, et qu'une demi-rente d'invalidité aurait dû lui être octroyée. Il a sollicité la reconsidération de cette décision, citant la disposition légale relative à ce moyen de droit, et l'allocation d'une demi-rente dès le 6 juin 2006, date de la fin du délai de carence. Il a précisé que sa demande de reconsidération n'avait aucune incidence sur la nouvelle demande de prestations qu'il avait déposée début 2014 en raison de l'aggravation de son état de santé.
25. Le 18 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas reconsidérer la décision du 28 mai 2008. Il a ajouté ne pas avoir reçu de nouvelle demande de prestations en 2014.
26. Par courrier du 17 octobre 2014, l'assuré a fait valoir que selon la loi, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force étaient soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvrait des faits nouveaux importants ou trouvait des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Or, il ressortait clairement de la procédure de recours que la décision de l'OAI du 28 mai 2008 était erronée et que le droit à une demi-rente d'invalidité aurait dû être reconnu. L'expertise judiciaire objective et claire constituait tant un fait nouveau qu'un moyen de preuve nouveau, lequel imposait la révision de cette décision. Il a invité l'OAI à statuer par une décision sujette à recours et à motiver son refus. Il lui a en outre transmis copie de son courrier du 13 février 2014, accompagnant une nouvelle demande de prestations datée du 28 janvier 2014, invoquant une aggravation de son état psychique. Il s'étonnait que l'OAI n'ait pas reçu ce document.
27. Par courrier du 29 octobre 2014, l'OAI a souligné que l'administration n'était pas tenue de reconsidérer les décisions et qu'elle ne pouvait y être contrainte par le juge.
28. Par courrier du 1^{er} décembre 2014, l'assuré a soutenu qu'il y avait une confusion sur la nature de sa demande, peut-être créée par l'emploi du terme « reconsidération » dans son premier courrier. C'était en réalité une demande de révision procédurale qui était soumise à l'OAI. L'expertise judiciaire constituait tant un moyen de preuve qu'un fait nouveau imposant la révision de sa décision.
29. Après plusieurs relances de l'assuré, l'OAI lui a communiqué par courrier du 19 octobre 2015 que la décision du 15 septembre 2011 dont il sollicitait la révision avait été confirmée par la chambre de céans puis par le Tribunal fédéral. Partant, elle ne pouvait être modifiée que dans un procès en révision du jugement. N'étant pas compétent pour statuer, l'OAI refusait d'entrer en matière sur la demande de réexamen, qui devait être transmise à l'instance de jugement.
30. Le 3 décembre 2015, l'assuré s'est déterminé sur ce courrier en s'étonnant du temps écoulé avant que l'OAI ne tranche, et en rappelant que la décision dont la révision

était demandée était celle du 28 mai 2008 et non celle du 15 septembre 2011. Il a invité l'OAI à statuer dans les meilleurs délais.

31. Par décision du 26 février 2016, l'OAI a déclaré la demande de révision de l'assuré irrecevable. Ce dernier avait eu connaissance de l'arrêt de la chambre de céans le 24 juin 2013, comme cela ressortait de son recours au Tribunal fédéral. Ledit arrêt n'était pas un fait ou un moyen de preuve nouveau. L'assuré fondait sa demande de révision sur les constatations médicales des Drs O_____ et P_____, datant d'octobre 2012 et de janvier 2013. Par conséquent, la demande de réception avait été déposée bien au-delà du délai légal de 90 jours. En tout état de cause, une nouvelle expertise procédant à une appréciation différente de la capacité de travail ne suffisait pas à admettre l'existence d'un fait ou d'un moyen de preuve nouveau.
32. Par écriture du 6 avril 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à ce que la recevabilité de sa demande de révision procédurale soit constatée, à ce que l'existence d'un motif de révision procédurale soit constatée, à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis 2006, à ce que l'intimé soit condamné à réviser sa décision du 28 mai 2008 dans le sens des considérants, et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants et calcul du degré d'invalidité.

Le recourant a notamment allégué que la chambre de céans, dans son arrêt du 18 juin 2013, avait considéré que la situation médicale ne s'était pas aggravée, puisqu'elle était en fait toujours aussi grave qu'en 2008, lorsque l'intimé lui avait à tort refusé une rente. Le Tribunal fédéral avait confirmé l'arrêt cantonal et la valeur probante de l'expertise judiciaire. Le recourant, sur la base de l'expertise judiciaire, avait sollicité de l'intimé la révision de sa situation compte tenu de ce nouveau moyen de preuve par courrier du 3 septembre 2014. L'intimé avait refusé cette révision par décision du 26 février 2016, au motif que la demande de révision serait tardive et que l'expertise judiciaire réalisée en 2010 ne serait qu'un simple «autre avis médical» sur des faits déjà connus ne justifiant donc pas une révision. Or, tel n'était pas le cas. La demande de révision n'était pas tardive, dès lors qu'elle avait été déposée le 3 septembre 2014, soit dans les 90 jours ayant suivi le prononcé de l'arrêt fédéral confirmant la valeur probante de l'expertise judiciaire. On ne pouvait en effet considérer que la demande de révision aurait dû être déposée dans les 90 jours suivant la reddition du rapport d'expertise à la chambre de céans. En effet, à ce moment, le recourant n'était pas en mesure de savoir si l'expertise médicale en question serait jugée probante. La chambre de céans avait d'ailleurs demandé un complément d'expertise pour éclaircir certains points de fait. Ce n'était qu'une fois l'arrêt de la chambre devenu définitif que le recourant pouvait déposer une demande de révision procédurale de la décision de 2008 en se fondant sur ce nouveau moyen de preuve et les faits nouveaux établis par cette expertise, dont la valeur probante était certaine. Ainsi, la demande de révision procédurale avait été déposée en temps utile. Sur le fond, l'expertise judiciaire en question ne constitue

pas une simple nouvelle appréciation médicale de faits déjà connus. Les experts avaient en effet mis en lumière des faits médicaux qui existaient en 2007 déjà mais qui n'avaient pas été établis, ce sans faute du recourant. Ces faits avaient amené les experts, de manière convaincante selon le Tribunal fédéral, à évaluer l'incapacité de travail à 50 % dès 2007 déjà notamment en raison des troubles sphinctériens et de la dépression. L'expertise judiciaire avait donc révélé des faits anciens qui n'avaient pas été établis dans l'instruction du dossier ayant mené à la décision de 2008. Il s'agissait donc bien d'une inexactitude initiale sur les faits, découverte postérieurement par un nouveau moyen de preuve. Ce moyen de preuve était une expertise judiciaire, considérée comme probante en tous points par le Tribunal fédéral. Il était ainsi patent que la décision du 28 mai 2008 était erronée et fondée sur des faits inexacts. Partant, elle devait être révisée. Il fallait encore souligner que la situation actuelle était profondément injuste et choquante. En effet, tous les intervenants s'accordaient à reconnaître que le recourant était effectivement invalide à 50 % au moins, mais on lui déniait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il était déjà incapable de travailler en 2008, lorsque l'intimé avait nié son droit aux prestations par une décision erronée fondée sur des faits incomplets.

33. Dans sa réponse du 2 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, alléguant que les éléments apportés par le recourant ne conduisaient pas à une appréciation différente.
34. Par déterminations du 30 mai 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.
35. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé en date du 31 mai 2016.
36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 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.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur la recevabilité de la demande du recourant tendant à la révision procédurale de la décision du 28 mai 2008.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_945/2009 du 28 avril 2010 consid. 2.1 et les références).

La décision litigieuse ne portant pas sur le fond, les conclusions du recourant tendant à la reconnaissance de son incapacité de travail et au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité ne sont pas recevables, dès lors qu'elles excèdent l'objet du litige.

5. 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).
6. Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 175/0 du 29 novembre 2005 consid. 2.2). Partant, un fait nouveau permettant la révision procédurale d'une décision entrée en force doit exister au moment où cette décision a été rendue, mais être découvert après coup.

Quant au moyen de preuve, il ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2). Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le motif de révision tiré d'un moyen de preuve nouveau ne peut en principe être invoqué lorsque le requérant produit par la suite une nouvelle expertise en relation avec une allégation déjà faite dans la procédure de recours ordinaire. Le Tribunal fédéral des assurances admettait en revanche, pour des raisons propres au domaine des assurances sociales, que des moyens de preuve qui n'existaient pas encore au moment du précédent procès puissent entrer en considération aux fins de la révision. La preuve doit cependant établir de manière indiscutable (« *eindeutig* ») que l'état de fait retenu dans la procédure précédente était erroné (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 561/06 du 28 mai 2007 consid. 6.2 et les références).

7. Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA – RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 465/04 du 16 juin 2005 consid. 1).
8. En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de révision le 17 octobre 2014. En effet, il est incontestable que son courrier du 3 septembre 2014 tendait uniquement à la reconsidération de la décision du 28 mai 2008, comme le démontrent notamment l'utilisation du terme « reconsidération », l'invocation du caractère erroné de la décision, et la disposition légale citée, soit l'art. 53 al. 2 LPGA, à la teneur duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Le recourant semble considérer que c'est à réception de l'arrêt du Tribunal fédéral qu'il a eu connaissance d'un motif de révision, et que le délai de 90 jours pour demander la révision de la décision commençait à courir dès la notification de cet

arrêt, lequel reconnaissait une pleine valeur probante à l'expertise des Drs O _____ et P _____. Il ne saurait cependant pas être suivi sur ce point. En premier lieu, contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé sur la valeur probante de l'expertise judiciaire. De plus, le moyen de preuve nouveau justifiant la révision est l'expertise en tant que telle, et non la valeur probante que lui reconnaît le juge. L'appréciation des preuves relève au demeurant d'une question de droit et non de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_399/2007 du 14 mars 2008 consid. 1.3), et son résultat ne peut dès lors pas être considéré comme un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En d'autres termes, c'est la connaissance par le recourant du rapport d'expertise judiciaire qui faisait partir le délai de 90 jours applicable à la demande de révision, et non pas l'admission par la chambre de céans de sa valeur probante. Cette analyse s'imposerait *a fortiori* s'il fallait considérer, comme le recourant semble l'alléguer, que l'expertise révèle des faits nouveaux. Sur ce point, il n'est d'ailleurs pas inutile de souligner que le rapport des experts judiciaires ne contient pas de fait nouveau pertinent dans le contexte d'une révision procédurale, au sens d'une atteinte préexistante mais non diagnostiquée jusque-là. En effet, tous les éléments médicaux – notamment les troubles sphinctériens, l'état dépressif et les décharges électriques dans le dos – sur lesquels se fondent les conclusions des Drs O _____ et P _____ avaient déjà été établis par les médecins traitants du recourant. Ils étaient ainsi déjà connus, quand bien même les médecins de la CRR ne leur ont pas prêté la même portée.

Par surabondance, même s'il fallait admettre que la demande de révision est intervenue en temps utile, il paraît douteux au vu de la jurisprudence citée plus haut que l'expertise précitée constitue un moyen de preuve nouveau, étant souligné sur ce point que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 29 juillet 2014, a précisément considéré que les conclusions des Drs O _____ et P _____ correspondaient à une appréciation différente de l'incidence des troubles du recourant sur sa capacité de travail.

Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision, que le recourant était forclos à requérir.

9. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare irrecevables les conclusions du recourant tendant à la reconnaissance de son incapacité de travail, au renvoi de la cause à l'intimé pour révision et au calcul du degré d'invalidité.

Au fond :

3. Le rejette.
4. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le