

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3243/2011

ATAS/623/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2013

2<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1965, a effectué sa scolarité obligatoire à Genève, puis effectué un apprentissage de cuisinier de 1980 à 1981 et travaillé en qualité de livreur pour Y\_\_\_\_\_ de 1982 à 1985. Il a été engagé par X\_\_\_\_\_ SA en 1986 et a occupé successivement les postes d'employé de bureau, employé de direction puis spécialiste administratif.
2. En cette qualité, son salaire était de 79'000 fr./an depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004, l'horaire de travail étant de 40 heures/semaine.
3. Il a subi un accident de la circulation le 8 juin 2005, réglé à l'amiable, puis est rentré chez lui. Il a ressenti dès le lendemain des douleurs dans le dos, irradiant dans la cuisse gauche.
4. Le 9 novembre 2005, l'assuré a été opéré par pose d'une prothèse discale en L4-L5 par le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie FMH.
5. L'assuré a été totalement incapable de travailler du 7 juin 2005 au 2 mai 2006, à 50% du 3 au 8 mai 2006 puis à nouveau à 100%. Il n'a plus repris d'activité depuis lors.
6. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 3 octobre 2006.
7. Par rapport du 29 octobre 2006, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a constaté l'existence de lombalgies mécaniques et d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 6 juin 2005 au 2 mai 2006, de 50% jusqu'au 8 mai 2006, puis de 100% à nouveau. L'état de santé s'aggravait. Il a toutefois précisé que l'assuré pouvait travailler de 6 à 8 heures par jour dans une activité permettant des changements fréquents de position, laquelle pouvait être une activité de surveillance, de réception ou d'huissier par exemple, avec une diminution de rendement, afin de pouvoir faire des pauses.
8. Par avis médical du 11 mai 2007, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué qu'au vu de la prothèse discale en L4-5 et de la discopathie modérée en L5-S1 de l'assuré, celui-ci subissait les limitations fonctionnelles suivantes:
  - absence de port de charges de plus de 9 kg
  - absence de mouvements répétés de flexion-extension
  - pas de position statique ou debout prolongée
  - absence de position en porte-à-faux

---

En se fondant sur les rapports médicaux fournis par le Dr L\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_ a considéré qu'une activité physiquement légère tenant compte des limitations précitées était exigible à 30% [recte: 70%] 6 mois après l'opération.

9. Par avis médical du 26 juillet 2007, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin SMR, a répété que dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 70% 6 mois après l'opération, soit à partir de mi-mai 2006 en précisant qu'il s'agissait d'un 100% du temps avec diminution de rendement de 30% en raison de pauses augmentées.
10. Par projet de décision du 27 février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations d'invalidité formée le 3 octobre 2006. Se fondant sur les avis médicaux des 11 mai 2007 et 26 juillet 2007 du Dr M\_\_\_\_\_, médecin SMR, il a considéré que l'assuré présentait, dès mi-mai 2006, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a ajouté qu'au vu d'un degré d'invalidité de 32%, l'assuré ne pouvait pas prétendre à une rente.
11. Par décision du 28 mai 2008, l'OAI a confirmé le refus de toute prestation. Cette décision n'ayant pas été contestée, elle est entrée en force.
12. L'assuré a été licencié avec effet au 31 juillet 2008. Il s'est alors inscrit auprès de l'Office cantonal de l'emploi.
13. En date du 2 février 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, sollicitant l'octroi d'une rente d'invalidité et faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le 28 mai 2008. A l'appui de sa demande, il a produit les documents suivants :

- un rapport d'observation du 28 mai 2009 des maîtres socioprofessionnels de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), duquel il résulte que l'assuré y a suivi un stage du 14 avril au 13 mai 2009, à raison de 3 heures par jour. Les maîtres socioprofessionnels ont constaté qu'il n'y avait pas eu de problème au niveau de la motivation, de la qualité du travail et de l'intégration dans l'équipe et que les travaux demandant de la finesse étaient parfaitement exécutés. En revanche, 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. Ils ont dit être en désaccord avec les conclusions de l'OAI, qui retenait un rendement de 70% dans un poste adapté. En effet, le rendement de l'assuré ne dépassait pas 20%. Partant, au vu de leurs constatations, ils ont estimé que cet assuré n'était pas en mesure de travailler sur le marché primaire du travail, mais qu'une activité dans un atelier protégé, où l'environnement serait plus adapté à ses besoins de contrôle et de stimulation, serait

parfaitement adéquate, et ce pour autant que sa difficulté au niveau de la gestion de l'horaire soit prise en considération ;

- une décision prise par l'OCE le 13 novembre 2009, prononçant son inaptitude au placement.

14. En date du 4 mars 2010, l'assuré a transmis à l'OAI les rapports suivants :

- un certificat du 11 février 2010 établi par la Dresse N \_\_\_\_\_, 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, mais qu'il était actuellement impossible de connaître la durée du traitement et l'issue de celui-ci ;

- un certificat du 25 février 2010 de la Dresse O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a attesté suivre l'assuré depuis le 15 janvier 2009 pour 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 des limitations fonctionnelles fluctuantes de l'assuré au cours de la journée et intensifiées par l'effort, il était incapable de tenir un horaire fixe dans un emploi, lequel ne pourrait pas dépasser 20%. En effet, selon les jours, l'assuré devait annuler ses rendez-vous à cause de ses douleurs et de son incapacité à se déplacer ;

- une attestation établie par son médecin traitant, la Dresse P \_\_\_\_\_. Il en ressort qu'un "bloc antalgique" effectué en juillet 2008 a révélé un problème au niveau antérieur des blocs L4-L5, d'où l'éventualité d'une nouvelle intervention au dos.

15. En date du 25 mars 2010, la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que les documents médicaux parlaient en faveur d'une aggravation et d'une nouvelle atteinte au niveau psychique, de sorte qu'il y avait lieu d'instruire plus avant le dossier.

16. Par rapport du 14 mai 2010, la Dresse O \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'écrasement des disques de la colonne vertébrale L4-L5 et d'état dépressif moyen doublé de profonde tristesse et de découragement. Elle a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dès le 6 juin 2005 dans l'activité précédemment exercée et de 80% d'août 2008 à décembre 2009 en ajoutant qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue.

17. Dans un rapport du 31 mai 2010, la Dresse P \_\_\_\_\_ a essentiellement retenu un status post-arthroplastie L4-L5, des lombalgies mécaniques, des troubles de la miction et un état anxio-dépressif. 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 notamment joint à son rapport :

- celui du 25 septembre 2008 du Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, qui a déclaré que l'assuré était venu le voir à la fin du mois de juin 2008, pour des troubles mictionnels caractérisés par des urgences ainsi que des fuites qu'il était incapable de retenir. Ce rapport précisait que la situation s'était vraisemblablement aggravée ces derniers temps et que l'examen urodynamique avait confirmé une hyperréflexie détrusorienne avec des pressions intravésicales se situant toutefois bien en dessous du seuil potentiel lésionnel ;

- celui établi en date du 25 juin 2009 par le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a signalé que l'assuré présentait des lombosciatalgies bilatérales, sans qu'il fût possible de mettre en évidence un syndrome vertébral, malgré les douleurs, ou un syndrome radiculaire. Ce rapport indiquait qu'il s'agissait manifestement d'un échec d'une chirurgie de prothèse discale L4-L5 pour des lombalgies mécaniques avec des discopathies. Le Dr S \_\_\_\_\_ ajoutait dans ce même document qu'il avait l'impression que l'assuré avait essayé toutes les techniques de physiothérapie habituelles et qu'il avait pris de nombreux médicaments. Aussi proposait-il une prise en charge des lombosciatalgies en thérapie neurale ;

- celui du 12 août 2009 du Dr R \_\_\_\_\_, qui a déclaré que l'assuré était connu pour une hyperréflexie détrusorienne accompagnée de fuites d'urine et d'une hypoéjaculation, qui se sont 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 irrépressibles ;

- celui du 4 mai 2010 du Dr T \_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, qui a déclaré que l'IRM et les radiographies de la colonne lombaire montraient une prothèse discale en place, un signe de subluxation de la prothèse dans les tests fonctionnels et une absence de pathologie compressive aux autres niveaux, compatible avec les artéfacts créés par la prothèse elle-même. Il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical.

18. L'OAI a mis en œuvre une expertise qu'il a confié à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après CRR) où l'assuré a séjourné du 21 au 23 février 2011. L'anamnèse et l'examen clinique ont été effectués par le Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie. D'autres examens ont également été conduits par des médecins et des spécialistes dans leurs domaines respectifs, à savoir : un examen psychiatrique, un examen neurologique, une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation en

atelier professionnel. Suite aux divers examens et évaluations, le Dr U \_\_\_\_\_ a établi un rapport final en date du 20 avril 2011. Celui-ci a fait état d'un état dépressif de degré moyen en rémission partielle, d'une lombalgie chronique irradiant dans le membre inférieur gauche, de troubles vésico-sphinctériens postopératoires (hyperréflexie détrusorienne et hypo-éjaculation) et d'une arthroplastie L4-L5, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, la discopathie dégénérative L5-S1 et les « Cluster Headache » de l'assuré ont été classés dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

19. D'un point de vue somatique, le Dr U \_\_\_\_\_ a déterminé que 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, hormis le trouble vésico-sphinctérien. Les discrètes nouvelles anomalies visibles sur les documents d'imagerie postérieurs à 2007 consistaient en l'accentuation de la discopathie dégénérative L5-S1 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 ou justifiaient la reconnaissance d'une incapacité de travail.

D'un point de vue psychique, le psychiatre ayant examiné l'assuré a expliqué que la thymie s'était progressivement détériorée depuis 2005, mais que la situation s'était effectivement aggravée dès 2008 et que le suivi psychiatrique avait débuté en 2009. Grâce au soutien pharmacothérapeutique et psychothérapeutique, l'évolution était partiellement favorable. L'assuré présentait actuellement une thymie variable, une fluctuation de l'humeur, une tristesse, des idées négatives sur lui-même (inutilité), des difficultés de concentration, un ralentissement, des troubles du sommeil et une augmentation de l'appétit, éléments qui parlaient en faveur d'un épisode dépressif de degré moyen en rémission partielle.

Pour ce qui était des capacités fonctionnelles de l'assuré, il résultait du rapport que l'assuré sous-estimait quelque peu ses aptitudes liées au travail. De plus, la diminution de rendement constatée en ateliers professionnels pouvait s'expliquer tant par la comorbidité psychique que par l'état douloureux, étant précisé que les performances réalisées durant les évaluations devaient être interprétées de façon critique, la volonté de donner le maximum ayant parfois été incertaine.

L'expert a conclu que l'atteinte à la santé psychique était le seul élément nouveau qui ait valeur d'aggravation depuis la fixation de l'exigibilité par le SMR en 2007. Les limitations fonctionnelles concernaient, sur le plan psychique, les troubles de l'humeur, un ralentissement et une difficulté de concentration, et sur le plan physique, les activités accroupies et à genoux, le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les mouvements de flexion et de torsion répétés du tronc, une exposition du corps entier aux vibrations et au froid, la marche en terrain difficile à

la montée ou à la descente, le port de charges de plus de 10 kilogrammes, le maintien de la position assise plus d'une heure, le maintien de la position debout statique plus de 15 minutes, le travail en hauteur sur une échelle, les activités éloignées des toilettes s'il n'avait pas la possibilité de se soulager loin du regard de tous. Eu égard à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 25% dans l'activité précédente de spécialiste administratif, en revanche, dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 janvier 2010, en raison de l'aggravation de l'atteinte à la santé en relation avec le trouble psychique, puis dès le 1<sup>er</sup> février 2010, la capacité de travail était à nouveau de 70% dans une activité adaptée, attendu qu'il n'y avait pas lieu d'ajouter le taux d'incapacité lié à l'atteinte à la santé lombaire (30%) et celui en rapport avec l'atteinte à la santé psychique (30%). En outre, l'expert a retenu une diminution de rendement de 30% environ, en raison des troubles de l'humeur, du ralentissement, des difficultés de concentration et de la nécessité de se rendre régulièrement aux toilettes, de sorte que la présence sur la place de travail devait encore être ajustée en conséquence. En ce qui concernait les mesures de réentraînement physique et psychique, le Dr U \_\_\_\_\_ a estimé que bien que les évaluateurs des ateliers professionnels de la CRR avaient indiqué que de telles mesures pourraient améliorer les conditions de maintien en emploi dans un poste adapté, elles n'auraient guère d'impact.

20. Dans un avis du 19 mai 2011, le Dr R \_\_\_\_\_, généraliste et médecin auprès du SMR, a conclu, au vu du rapport de la CRR, que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 70% dès le mois de mai 2006, de 50% du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 janvier 2010 et de 70% depuis lors.
21. Le 30 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui refusant toute prestation. En effet, conformément à l'expertise rhumato-psychiatrique, hormis une période d'incapacité de travail de 50% dans toutes les activités lucratives du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 janvier 2010, la capacité de travail de l'assuré était de 70% dans toutes les activités lucratives dès le 1<sup>er</sup> février 2010, de sorte que la décision du 28 mai 2008 restait valable.
22. Par pli du 7 juillet 2011, l'assuré a contesté ce projet de décision, soutenant que son incapacité de travail était durablement de 100%, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que cette conclusion était conforme à l'avis de ses médecins traitants, à l'évaluation en atelier professionnel faite auprès de la CRR ainsi qu'aux stages professionnels effectués à la demande de l'OCE.
23. Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 mai 2011.
24. Par acte du 13 octobre 2011, l'assuré, représenté par son conseil, interjette recours contre cette décision. Préalablement, il requiert un délai pour compléter son

---

recours, la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique et la comparution personnelle des parties. Principalement, il conclut sous suite de dépens à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 janvier 2010 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2010.

25. Par écriture complémentaire du 17 novembre 2011, l'assuré conclut préalablement à la comparution personnelle des parties, à l'ouverture d'enquêtes, singulièrement à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de ses médecins traitants. Principalement, il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 15 septembre 2011 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2010.

A titre subsidiaire, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité. Il considère que l'atteinte psychique est nouvelle et entraîne d'autres limitations fonctionnelles que l'atteinte somatique. Par ailleurs, il soutient que son rendement réel a considérablement baissé par rapport à l'année 2007 et que cela justifie, à titre subsidiaire, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et des mesures de réadaptation.

26. À l'appui de ses conclusions, le recourant produit :

- un certificat du 20 septembre 2011 du Dr N \_\_\_\_\_, qui retient que les douleurs, consécutives à l'accident et à l'opération, sont invalidantes et déterminent son quotidien. Ce document indique que le recourant répond favorable au traitement, mais que l'évolution est très lente, étant précisé que les réactions au traitement et l'évolution confirment l'origine dorsale de la douleur ;

- un rapport du 29 septembre 2011 de Monsieur C \_\_\_\_\_, ostéopathe, lequel atteste que lors des consultations, il a constaté une réelle raideur et un manque de mobilité en flexion/inclinaison dans le bas du dos et du bassin, un épaissement flagrant des tissus conjonctifs lombaires suite à une réaction d'inflammation majeure postopératoire, une réaction neuro-musculaire compensatoire qui se termine 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 ;

- un rapport du 17 octobre 2011 du Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a reçu le recourant en date des 26 septembre et 3 octobre 2011 en raison de sa symptomatologie douloureuse du rachis. L'examen clinique effectué par ce praticien a essentiellement mis en évidence de très importantes tensions musculaires pouvant, par elles-mêmes, expliquer la symptomatologie rapportée à l'anamnèse. Le Dr V \_\_\_\_\_ propose ainsi une prise en charge dans un schéma de physiothérapie de réadaptation. Il précise, sur un plan général, que « la notion de la douleur » ne correspond pas forcément à des modifications radiologiques. Il réserve son avis dans l'attente des résultats de la thérapie en cours.

- un rapport établi en date du 4 novembre 2011 par la Dresse O \_\_\_\_\_, duquel il résulte que l'état dépressif avait débuté peu après l'accident et ses

opérations, mais qu'il n'en a parlé que bien plus tard à son médecin traitant qui lui a alors adressé le recourant en janvier 2009. La Dresse O \_\_\_\_\_ dit ne pas comprendre sur quelles bases l'expert de la CRR a 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 justifient une incapacité de travail de 100%, et comment il a pu fixer au 30 janvier 2010 la date de l'amélioration de l'incapacité de travail à 30%. La Dresse O \_\_\_\_\_ a expliqué que depuis le mois de janvier 2011, l'antidépresseur que prenait le recourant avait permis une très légère amélioration de l'humeur, laquelle lui permet actuellement de travailler à 20%, voire à 30%.

27. Par réponse du 24 janvier 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, retenant que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 avril 2011 présente pleine valeur probante, de sorte que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant. Des investigations complémentaires, telles qu'une expertise psychiatrique judiciaire, ne sont dès lors pas nécessaires.
28. Pour motiver sa réponse, l'intimé produit un avis médical établi en date du 15 janvier 2012 par le Dr W \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, qui après examen du recours et des pièces produites à l'appui de celui-ci, indique qu'il ne saurait modifier les conclusions exprimées dans les avis SMR précédents.
29. Considérant que le rapport d'expertise de la CRR ne permettait pas de déterminer, en l'état, l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 28 mai 2008 et que les divers rapports des médecins du recourant n'étaient pas suffisamment motivés pour lui permettre de statuer définitivement sur l'état de santé du recourant et sur son incidence sur sa capacité de travail depuis le mois de mai 2008, la Cour de céans a ordonné une expertise rhumato-psychiatrique le 14 mai 2012, confiée aux Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_, les invitant préalablement à déterminer si examen urologique ou neurologique devait être effectué et dans l'affirmative, à s'adjoindre le concours d'un spécialiste.
30. Par courriers des 3 et 10 mai 2012, les parties ont fait savoir qu'elles n'avaient ni motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts désignés, ni question complémentaire à leur poser.
31. Par expertise psychiatrique du 23 octobre 2012, le Dr LA \_\_\_\_\_ a retracé l'anamnèse du recourant, recueilli ses plaintes et consigné ses constatations objectives au cours de l'examen de l'intéressé. Il a posé le diagnostic de dysthymie de gravité moyenne (F34.1) et de personnalité mixte, avec traits évitants, dépendants et anankastiques (F61) en précisant que la fragilité de la personnalité pouvait être considérée comme grave dans la mesure où elle a interféré de manière

significative avec la scolarité, la formation professionnelle et la vie sentimentale du recourant.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant, en particulier entre le mois de mai 2008 et le mois de septembre 2010, le Dr LA \_\_\_\_\_ a indiqué que la dépression apparue en 2007 s'est aggravée dans le courant de 2008, atteignant alors le degré d'un épisode dépressif moyen. Selon les données disponibles, l'épisode dépressif a persisté jusqu'à mi-2011.

Évoquant les conséquences des diagnostics posés sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de spécialiste administratif, le Dr LA \_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail 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 engendrées par les différents troubles constatés, le Dr LA \_\_\_\_\_ a précisé que les limitations actuelles concernent surtout les ressources adaptatives, qui sont très réduites du fait de la fragilité structurelle de la personnalité et que le trouble dépressif réduit aussi, dans une mesure modérée, l'énergie disponible et la motivation de se projeter dans l'avenir.

32. Par expertise rhumatologique du 25 octobre 2012, la Dresse A \_\_\_\_\_ a retracé l'anamnèse du recourant, recueilli ses plaintes et consigné ses constatations objectives au cours de l'examen de l'intéressé. Il ressort de ces trois points que le celui-ci présente des lombalgies chroniques à la suite d'une intervention chirurgicale avec mise en place d'une prothèse discale L4-L5 le 9 novembre 2005, qui s'apparente à un "failed back surgery syndrome". La Dresse A \_\_\_\_\_ a ajouté qu'actuellement, l'anamnèse et l'examen clinique sont superposables à ceux mentionnés dans les différents rapports, également celui de la CRR, dans le sens que les plaintes restent les mêmes. Hormis une augmentation des douleurs, il n'y a pas d'exagération ou d'amplification des plaintes, pas non plus de signe de Waddell à l'examen clinique. Excepté lors des six premiers mois après l'intervention, il n'y a jamais eu d'amélioration durable des douleurs. Par ailleurs, dans les suites de l'intervention chirurgicale du 9 novembre 2005, des troubles urinaires et érectiles sont apparus. La Dresse A \_\_\_\_\_ a précisé que le recourant les avait signalés à l'OAI par courrier du 3 septembre 2007 et que la présence d'une hyperréflexie détrusorienne avait été confirmée en 2008. À ce sujet la Dresse A \_\_\_\_\_ a répondu par la négative à la question de savoir si un examen urologique ou neurologique devait être effectué.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant, la Dresse A \_\_\_\_\_ a indiqué que sur le plan rhumatologique, il n'y a pas eu d'amélioration entre mai 2008 et septembre 2010 mais que les douleurs ont progressivement augmenté et que les troubles urinaires sont devenus plus importants sur cette période. L'experte a précisé que depuis 2008, les éléments nouveaux ont pour objet la présence de

décharges électriques selon les mouvements du tronc, l'apparition d'une petite mobilité de la prothèse en extension ainsi qu'une légère aggravation de la discopathie L5-S1 par rapport aux IRM précédentes.

Évoquant les conséquences des diagnostics posés sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de spécialiste administratif, la Dresse A \_\_\_\_\_ engendrées par les lombalgies chroniques post chirurgicales et les troubles urinaires, sa capacité de travail est de 25% (diminution de la capacité de travail de 50% avec en plus une diminution du rendement de 50%). S'agissant précisément des limitations fonctionnelles existant sur le plan rhumatologique, l'experte a précisé qu'elles sont les suivantes :

- Pas de port de charges de plus de 5 kg (risque de fuites urinaires) ;
- Pas de position penchée en avant ou en porte-à-faux ;
- Pas de position assise durant plus de 30 minutes ;
- Pas de position debout statique ;
- Déplacements occasionnels ;
- Changements fréquents de position ;
- Proximité des toilettes.

33. Après consilium, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont fait connaître leur position s'agissant des constatations et des conclusions de la CRR. Sur le plan psychiatrique, ils ont considéré que la description du trouble dépressif était cohérente avec les constatations mais que l'expert psychiatre avait toutefois omis de décrire les éléments de personnalité qui transparaisaient du parcours heurté de l'expertisé sur le plan sentimental et professionnel. Ils ont également reproché aux médecins de la CRR de ne pas avoir pris en compte la fragilité de sa personnalité.

Sur le plan rhumatologique, les experts judiciaires ont reproché à l'expertise effectuée à la CRR de ne pas avoir 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, soit deux éléments nouveaux par rapport aux rapports AI de 2007. S'agissant des troubles sphinctériens, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'ils étaient déjà présents en 2007, mais qu'ils n'avaient pas été mentionnés ou pris en compte dans les limitations fonctionnelles à cette époque.

Concernant le commentaire des experts de la CRR en p. 13 sur les évaluations en atelier (« évaluation à interpréter de façon critique »), les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont constaté pour leur part que l'assuré avait été collaborant et

qu'il avait exécuté correctement toutes les tâches demandées avec les membres supérieurs. Les experts judiciaires en ont conclu que l'avis des experts de la CRR leur paraissait d'autant plus subjectif qu'ils avaient retenu de nombreuses limitations fonctionnelles en p. 13 de leur expertise.

S'agissant de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'elle était limitée à 25% 6 mois après l'opération de novembre 2005, soit depuis mai 2006, et que ce taux, qui incluait la baisse de rendement, n'avait pas changé depuis lors. En ce qui concerne les variations de l'incapacité de travail constatées par le Dr LA \_\_\_\_\_ du seul point de vue psychique (50% de juillet 2008 à juin 2011 et de 30% avant et après cette période), ce dernier a précisé avec la Dresse A \_\_\_\_\_ que ces variations étaient sans objet, compte tenu de l'incapacité de travail supérieure pour motif somatique.

Quant à la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont indiqué que sur le plan rhumatologique, eu égard aux limitations fonctionnelles évoquées plus haut, la capacité de travail du recourant est diminuée surtout en raison d'une diminution de rendement de 50%, même dans une activité adaptée, et que sa capacité de travail ne s'est pas améliorée depuis mai 2006 et qu'elle s'est plutôt progressivement aggravée sur le plan des douleurs, en tout cas depuis 2008. Sur le plan psychique, les experts judiciaires ont considéré qu'une capacité de travail théorique de 50% existe, mais qu'il paraît peu probable que l'expertisé soit en mesure d'affronter les exigences d'une réadaptation professionnelle, car ses ressources adaptatives sont très limitées pour des raisons tenant à sa personnalité.

Évoquant d'éventuelles mesures de réadaptation, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont indiqué que sur le plan rhumatologique, des mesures de réadaptation sont envisageables mais qu'il convient d'avoir à l'esprit que le recourant n'a pas travaillé depuis 2005, qu'il n'a pas de formation professionnelle et que ses connaissances en informatique sont limitées à des programmes de base. Sur le plan psychique, ils sont d'avis qu'une réadaptation a peu de chances d'aboutir en raison des troubles psychiques de l'intéressé (épisode dépressif et trouble de la personnalité).

Considérant que la capacité de travail du recourant ne peut pas être améliorée par des mesures médicales, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont livré leurs pronostics :

- Sur le plan rhumatologique, ils considèrent qu'il n'y aura probablement pas de changement dans les symptômes, car il n'y a pas eu d'évolution depuis mi-2006, voire une aggravation des douleurs. Ainsi, ils sont d'avis qu'une reprise d'une

activité lucrative a peu de chances d'avoir lieu au vu des limitations peu compatibles avec le monde du travail actuel.

- Sur le plan psychique, ils affirment que même en effectuant une approche psychothérapeutique ciblée, il est peu probable qu'une telle intervention aboutisse à une amélioration significative des ressources adaptatives du recourant et qu'elle suffise à améliorer son pronostic professionnel.
34. Par acte du 27 novembre 2012, l'intimé s'est déterminé sur l'expertise des Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ en faisant référence à l'avis médical du 27 novembre 2012 de la Dresse LB \_\_\_\_\_, médecin SMR. Elle indique en substance que les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont effectué deux expertises distinctes qui ne l'ont nullement éclairée et qui ne démontrent aucune aggravation manifeste de l'état de santé du recourant. Elle ajoute que lesdites expertises comportent tout au plus des suppositions avec une interprétation différente d'un même état de fait et que partant, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de la CRR du 20 avril 2011.
35. Par acte du 19 décembre 2012, le recourant s'est dit d'accord avec l'expertise judiciaire sous réserve de l'appréciation distincte de la capacité de travail sur le plan psychique et somatique. Faisant référence à la jurisprudence en la matière, il a conclu à ce que les experts procèdent à une appréciation globale de son incapacité de travail. Persistant intégralement dans ses conclusions, il a conclu, au surplus, à ce que soit retenu un abattement de 25% de tout revenu avec invalidité, compte tenu des très nombreuses limitations fonctionnelles dont il est affecté, de la durée de son éloignement du marché du travail et du nombre de ses années de service auprès de son ancien employeur auprès duquel il a effectué l'intégralité de sa carrière professionnelle.
36. Donnant suite à une demande de complément d'expertise qui leur avait été adressée par la Cour de céans en date du 20 décembre 2012, les Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ont indiqué, 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, qu'il était également de 50% de juin 2008 à juin 2011 et au-delà. Ils ont précisé à cet égard que ce taux était théorique, compte tenu des troubles psychiques du recourant qui, à leur avis, représentent un obstacle majeur à un processus de réadaptation.
37. Par écriture du 5 mars 2013, l'intimé a annoncé qu'il avait transmis la réponse des Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2013 au SMR et qu'il se référait entièrement à l'avis médical du 8 février 2013 de la Dresse LB \_\_\_\_\_, médecin SMR, qui a déclaré maintenir ses conclusions antérieures. Cette dernière reproche aux experts judiciaires de ne pas avoir indiqué les motifs pour lesquels ils se sont écartés de l'expertise de la CRR du 20 avril 2011 qui

retenait une capacité de travail de 70% dès le 1<sup>er</sup> février 2010. Le deuxième grief concerne l'incapacité de travail de 50% depuis 2006 retenue par les Dr A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_, taux qui ne tient pas compte d'une période pendant laquelle une aggravation de l'état de santé a été constatée.

38. Par écriture du 18 mars 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions en soutenant que l'expertise et son complément démontrent qu'il est en incapacité complète de travail dans toute activité adaptée. Il a ajouté que si par impossible l'incapacité psychique ne jouait aucun rôle dans l'appréciation de l'incapacité globale de travail, il y aurait lieu à tout le moins de considérer que l'incapacité sur le plan psychique doit être prise en compte au stade de la réduction supplémentaire du revenu avec invalidité avec une réduction maximale de 25%.
39. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la décision litigieuse datant de 2011, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté le 28 mai 2008.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA)
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 28 mai 2008.
5. L'art. 17 al. 1er 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<sup>er</sup> 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).

6. a) Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF non publié 9C\_412/2010 du 22 février 2011).

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

b) 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

c) 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 (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

d) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

7. a) En vertu de l'art. 53 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 (al. 1<sup>er</sup>). L'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1er LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références). 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 (al. 2).

Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies.

b) L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF

---

117 V 8 consid. 2a; ATF non publié 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2;). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

8. a) 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 1er janvier 2008).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

c) 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATF non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

---

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

10. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

b) 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).

c) 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

d) 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 (ATFA non publié 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 (ATF non publié 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

11. 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).
12. En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision de mai 2008 avec celle prévalant au moment de la décision de septembre 2011 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision initiale du 28 mai 2008 se fondait sur les avis médicaux des 11 mai 2007 et 26 juillet 2007 du Dr M \_\_\_\_\_, médecin SMR. Ce dernier avait considéré que l'assuré présentait, dès mi-mai 2006, une capacité de travail de 70% (100% avec une diminution de rendement de 30%) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (absence de port de charges de plus de 9 kg, absence de mouvements répétés de flexion-extension, pas de position statique ou debout prolongée, absence de position en porte-à-faux).

En date du 2 février 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le 28 mai 2008. Après avoir décidé d'entrer en matière, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée à la CRR. Considérant que le rapport d'expertise rendu par cette clinique le 20 avril 2011 ainsi que les autres éléments versés au dossier ne permettaient pas de déterminer l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale, la Cour de céans a confié une expertise aux Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ afin de déterminer l'évolution de l'état de santé intervenue depuis lors. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 50% au maximum

(diminution de rendement comprise) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, ce taux tenant compte des éléments objectifs et de la diminution de rendement. L'expertise doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle comporte des indications précises sur les modifications de l'état de santé qui, aux dires des experts, se sont produites depuis la décision initiale du 28 mai 2008 à savoir l'apparition de décharges électriques selon les mouvements du tronc et la survenance d'une petite instabilité de la prothèse sur les radiographies fonctionnelles. Il est ajouté que sur le plan rhumatologique, les douleurs ont progressivement augmenté entre mai 2008 et septembre 2010 et que les troubles urinaires sont devenus plus importants sur cette période. Sur le plan psychique, la dépression apparue en 2007 s'est aggravée dans le courant de 2008, atteignant alors le degré d'un épisode dépressif moyen. Il ressort toutefois de l'appréciation globale de l'incapacité de travail du recourant par les experts (aspects psychiques et somatiques confondus) que lesdites modifications n'ont pas eu d'influence sur la capacité de gain du recourant entre la décision initiale du 28 mai 2008 et la décision attaquée, puisque cette appréciation fait état d'un taux d'activité exigible constant de 50% dans une activité adaptée et ce, de mai 2006 à juin 2008 comme de juin 2008 à juin 2011 et au-delà.

L'intimé, qui se réfère entièrement au SMR, soutient que l'expertise des Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ ne l'éclaire nullement et constitue en réalité deux expertises distinctes, qu'elle ne démontre aucune aggravation manifeste de l'état de santé depuis la décision initiale. Il lui reproche également de ne pas tenir compte d'une période durant laquelle une aggravation de l'état de santé a été constatée en concluant à un taux d'activité exigible s'établissant invariablement à 50%, toutes périodes confondues.

Ces critiques ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise. Premièrement, l'existence de réponses données après consilium rend le premier grief sans objet, Deuxièmement, l'expertise relève de manière détaillée les aggravations de l'état de santé mentionnées plus haut. Troisièmement, il ressort de l'expertise judiciaire que l'absence de répercussion de l'épisode dépressif moyen sur la capacité de travail exigible s'explique par le fait qu'avant et après l'épisode en question, les limitations fonctionnelles, les douleurs ainsi que les ressources adaptatives limitées sur le plan psychique se voient reconnaître un poids plus important que dans l'expertise de la CRR. Le point faible de cette dernière tient notamment au fait qu'elle fixe de manière non motivée la durée de l'épisode dépressif moyen du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 janvier 2010 et le retour à une capacité de travail exigible de 70% au 1<sup>er</sup> février 2010, soit juste avant le dépôt de la nouvelle demande de prestations en date du 2 février 2010. Or, il ressort de l'expertise judiciaire, qui se fonde sur les informations fournies par la Dresse O \_\_\_\_\_, que cet épisode dépressif moyen a duré plus longtemps et que l'état thymique ne s'est stabilisé au degré actuel qu'à partir de juillet 2011.

L'expertise judiciaire ne saurait pas non plus être remise en question par le rapport d'observation des maîtres socio-professionnels de l'Atelier de Réadaptation Préprofessionnelle des HUG relatif à un stage effectué par le recourant du 14 avril au 13 mai 2009. Les conclusions de ce rapport font certes état d'un "taux de présence exigible ne dépassant pas 20%", mais il ne ressort pas de ce document qu'une aggravation de l'état de santé aurait eu lieu depuis la décision de l'intimé du 28 mai 2008. Le rapport des HUG se borne ainsi à donner une interprétation différente de l'état de fait à la base de la décision initiale qui retenait un rendement de 70% dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. La jurisprudence précise en outre que les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Or, l'expertise confiée aux Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ se prononce précisément sur ces points.

S'agissant du rapport médical de la Dresse O \_\_\_\_\_ du 25 février 2010, il semble manifestement calqué sur le rapport d'observation de l'Atelier de Réadaptation Préprofessionnelle des HUG. En effet, la Dresse O \_\_\_\_\_ indique que le recourant est incapable de tenir un horaire fixe dans un emploi qui ne pourrait dépasser 20%. Par ailleurs, de par son caractère extrêmement succinct et sommairement motivé, ce certificat délivré par le psychiatre traitant du recourant n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise judiciaire. Cette appréciation est valable également pour le certificat établi par le même psychiatre en date du 4 novembre 2011 (cf. pièce 5 recourant). Il en va de même des autres attestations/rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations qui se bornent à fournir quelques explications sur les affections dont souffre le recourant et les soins dispensés.

Compte tenu de ce qui précède, il n'existe pas d'élément au dossier qui justifie que la Cour de céans s'écarte des conclusions des Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_.

Il s'avère ainsi que malgré une aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est restée identique. Il s'ensuit qu'il n'y a pas eu de modification importante du degré d'invalidité au sens

de l'art. 17 al. 1 LPGA et que partant, les conditions d'une révision au sens de cette disposition légale ne sont pas remplies.

13. Selon les observations des Drs A \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_, la décision du 28 mai 2008 ne tenait pas compte des troubles urinaires qui avaient été signalés à l'intimé en date du 3 septembre 2007. Il ressort également du rapport établi par la Dresse O \_\_\_\_\_ en date du 4 novembre 2011 que cette décision n'avait pas non plus pris en considération l'état dépressif qui avait débuté peu après l'accident et les opérations qui s'en sont suivies, état dont le recourant a parlé ultérieurement à son médecin traitant. Cela étant, pour peu que ces atteintes à la santé aient un impact sur la capacité de travail exigible du recourant, elles en sont dépourvues dans le cadre du présent litige qui est fixé par l'art. 17 LPGA. En effet, le recourant n'a pas fait valoir, dans le cadre de la seconde demande de prestations, que la décision du 28 mai 2008 était manifestement erronée et partant sujette à reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Or, en dehors de l'hypothèse, non réalisée en l'espèce, dans laquelle le juge confirme une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF non publié 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5, non publié in ATF 135 I 1; ATF 127 V 469 consid. 2c), la Cour de céans n'est pas autorisée à reconsidérer la décision initiale, seul l'assureur ayant cette faculté (ATF 133 V 50 consid. 4.2.1). Enfin, le recourant n'a pas fait valoir non plus que des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve avaient été découverts et justifiaient en conséquence une révision de la décision initiale en application de l'art. 53 al. 1 LPGA.
14. La révision étant mal fondée, il est inutile d'examiner plus avant les griefs du recourant, s'agissant notamment de l'abatement à retenir au stade de la réduction supplémentaire du revenu avec invalidité. En effet, à défaut de motifs de révision ou de reconsidération, il ne se justifie pas de revoir le calcul du taux d'invalidité (ATAS/53/2013).
15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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