

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1560/2013

ATAS/1020/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 octobre 2013

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur F _____, domicilié à VERSOIX

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Jean-Pierre WAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur F _____ (ci-après: le recourant ou l'assuré), électricien, s'est trouvé, courant mars 2004, en incapacité de travail de 50% en raison de douleurs lombaires. Il exerçait alors l'activité d'agent technique, auprès d'un bureau d'ingénieur, qui comprenait 60% de dessins et 40% de suivi de chantier. Auparavant, l'assuré avait occupé une place de chef de projet au sein de l'entreprise.
2. Suivi par le Dr L _____, neurochirurgien FMH, l'assuré a déposé, le 16 mars 2006, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr L _____ a émis un premier rapport en date du 13 avril 2006 selon lequel une incapacité de travail de 50%, avec une diminution de rendement de 50%, devait être retenue à l'endroit de l'assuré, à compter du 8 mars 2004, dans le cadre de son activité d'électricien telle qu'exercée à ce jour, ce en raison de douleurs lombaires chroniques, d'instabilité lombaire, et d'un status post-spondylodèse L5-S1.

Ce rapport a été complété par courrier du 7 décembre 2006 adressé à l'OAI. Dans ce courrier, le Dr L _____ a rappelé qu'il avait opéré l'assuré dans les années 90 pour une lyse isthmique bilatérale L5, opération à la suite de laquelle l'assuré avait pu retrouver une vie à peu près normale. La situation s'était toutefois péjorée depuis la fin des années 90, les douleurs lombaires étant réapparues de manière plus tenace avec une nouvelle instabilité du segment lombosacré. Le Dr L _____ a encore confirmé que son patient ne parvenait pas à assumer son activité d'électricien au-delà d'un taux d'activité de 50% avec la prise régulière d'Ecafaneq, de Mydocalm et de Tramal à haute dose.

4. L'OAI a diligenté une expertise réalisée par le Dr M _____, rhumatologue FMH auprès du Service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR). Le Dr M _____ a examiné l'assuré le 13 février 2007 lors d'une consultation de 25 minutes et a demandé des radiographies lombaires de face et profil "+fonctionnelles en flexion/extension" afin de juger de l'évolution du spondylolisthésis et d'évaluer la stabilité du montage d'ostéosynthèse.

Dans un rapport daté du 7 mars 2007, il a relevé que l'activité exercée par l'assuré, bien que mentionnée par l'employeur comme celle de chef de projet, était celle de dessinateur technique au bureau pour un 60%, et le suivi de chantiers pour un 40%. Toutefois, depuis mars 2004, l'assuré ne faisait plus que du dessin technique et des travaux de métrie, pendant les quatre heures journalières, en pouvant tenir trois-quarts d'heure sans changer de position. Les plaintes exprimées par l'assuré étaient une douleur basse irradiant dans les hanches et une fois par mois une douleur aiguë

jusqu'au creux poplité, tantôt à gauche, tantôt à droite. Les lombalgies étaient pratiquement continues et le réveillaient toutes les nuits. Les symptômes fluctuaient selon l'activité et augmentaient en fin de matinée après l'activité professionnelle. L'assuré pouvait rester debout quinze minutes, assis quarante-cinq minutes. Il n'avait pas besoin de marcher plus de quinze minutes, mais estimait pouvoir le faire une heure. Il était capable de conduire durant une heure.

Sur la base du dossier radiologique à sa disposition, le Dr M_____ a en particulier relevé ce qui suit: anthélisthésis de grade 1 en L5-S1, à la limite du grade II, anthélisthésis de grade 1 de quelque millimètres en L4-L5. status post-spondylodèse L5-S1, petite hernie discale médiane et paramédiane G, déjà visible en 2004, troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1 (Ct-lombaires du 10 mars 2004), spondylolisthésis de 12mm de L5-S1, à la limite du supérieur de grade 1, pincement modéré L5-S1, pas de modification du glissement L5-S1, pincement discal postérieur de L4-5 avec rétrolisthésis de L4 de 8mm, augmentant de 1mm en extension, léger pincement en L3-4, ébauche d'arthrose des sacroiliaques (Rx du rachis lombaire/f/p et fonctionnelles du 16 février 2007). Procédant à une comparaison des clichés, le Dr M_____ a ainsi noté qu'entre 2004 et 2007, tant les spondylolisthésis L5-S1, que L4-5 ne s'étaient pas modifiés et qu'il n'y avait pas de macro-instabilité L5-S1. Seul le spondylolisthésis de grade I en L4-5 augmentait de 1mm en extension, instabilité qui, sur le plan macroscopique, était à la limite du significatif. A ce titre, l'hypothèse d'instabilité de l'ostéosynthèse du Dr L_____ ne pouvait donc pas être confirmée.

Au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, le Dr M_____ a donc retenu ceux de lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis de grade I L5-S1, traitée par spondylodèse, d'hernie discale médiane L4-L5 et de troubles dégénératifs postérieurs (M54.4).

Le Dr. M_____ a par ailleurs constaté des limitations fonctionnelles, à savoir l'attitude en porte-à-faux du tronc, le port de charges au-delà de 9 kg, les mouvements répétés de flexion-extension, la station assise au-delà d'une heure et la station debout au-delà d'une vingtaine de minutes. Il a relevé que l'appréciation de la capacité de travail était rendue difficile par le manque de descriptif précis du poste dans le rapport de l'employeur. En se fondant sur les dires de l'assuré, selon lesquels l'activité se partageait entre un 60% comme dessinateur et un 40% pour le suivi de chantiers, il a estimé que l'assuré connaissait une incapacité de 50% dans ce second aspect et une pleine capacité dans le premier, ce qui donnait une incapacité globale de 20% depuis le 8 mars 2004. Il ne notait pas d'évolution dans le degré d'incapacité, vu l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative ou de déficit neurologique et vu l'absence de confirmation d'une instabilité de montage du matériel d'ostéosynthèse. Il a relevé une légère boiterie antalgique. Il a estimé la capacité de travail comme inexistante dans l'ancienne activité d'électricien mais comme totale dans une activité adaptée, sans autre précision.

Sur cette base, le Dr M_____ a conclu à une capacité de travail exigible de 80% dans l'activité habituelle d'agent technique dans un bureau d'ingénieur et à une capacité de 100% dans une activité adaptée.

5. Par décision du 5 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, estimant que ce dernier avait une capacité de travail de 80% dans l'activité d'agent technique et de 100%, dans une activité adaptée, l'assuré possédant à cet égard les connaissances et compétences nécessaires et cette activité étant d'autre part compatible avec les limitations fonctionnelles constatées (légère et alternance de positions).
6. L'assuré a interjeté un recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu Chambre des assurances sociales de la Cour de justice), cause A/4872/2007, sollicitant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
7. Dans ce cadre, le Dr L_____ a été entendu au titre de témoin. Lors de son audition le 31 mars 2008, le Dr L_____ a en particulier précisé que les limitations consistaient dans les douleurs en extension et en flexion commandant le changement fréquent de position et rendant difficile le port de charges. S'agissant des douleurs, il n'y avait pas d'examen pour les objectiver. Il était toutefois courant, qu'après une intervention telle que celle pratiquée sur le patient, une répercussion de la charge de travail se produise sur le disque adjacent engendrant des douleurs. Ce sujet était au demeurant régulièrement traité dans le congrès nommé "Adjacent disc disease". Pour conclure, le Dr L_____ a confirmé que la capacité de son patient était de 50% dans son activité actuelle, adaptée à ses limitations.

Le recourant a expliqué que son activité actuelle consistait dans l'établissement de plans et la restitution d'études financières; il devait toutefois se lever régulièrement de sa place de travail, en raison des douleurs persistantes nonobstant la prise de médicaments. En outre, après avoir travaillé 4h, il devait rentrer chez lui se reposer.

8. Par arrêt du 21 avril 2008 (ATAS/469/08), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours interjeté par l'assuré et lui a reconnu le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, à compter du 1^{er} mars 2005.
9. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal le 26 novembre 2008 (9C 468/2008) pour violation de la libre appréciation des preuves.

Le Tribunal fédéral a en particulier relevé que la seule divergence déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité entre les appréciations médicales des Drs L_____ et M_____ portait sur le degré d'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, à savoir dans celle de dessinateur-électricien, leurs conclusions étant par ailleurs concordantes s'agissant du diagnostic et des limitations fonctionnelles.

Or, sous cet angle restreint de l'évaluation de la capacité de travail, c'était à tort que l'autorité cantonale avait privilégié la position du Dr L_____, les motifs invoqués pour ce faire par l'autorité de céans étant sans fondement. En particulier, ne constituaient des éléments objectifs susceptibles d'emporter la conviction du juge pour écarter les conclusions du Dr M_____, ni l'hypothèse - soulevée par le Dr L_____ mais non confirmée - d'une lésion du disque adjacent, ni la quantité de morphine prise par l'intimé en lien avec la réalité des douleurs. Tel en allait de même des circonstances entourant les efforts déployés par l'assuré pour assumer ses tâches et des constatations faites sur place par l'employeur quant à une capacité de travail de 4 heures par jour.

Le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales pour qu'il procède conformément au droit. S'agissant de la divergence quant à la capacité de travail opposant les Drs L_____ et M_____, il a invité le Tribunal cantonal des assurances sociales à interpeller les deux médecins précités pour que chacun d'eux se prononce sur l'opinion et les objections de l'autre ou à mettre en œuvre une expertise judiciaire.

10. En date du 9 décembre 2008, l'instruction a donc été reprise, le Dr M_____ étant invité à se déterminer sur les rapports du Dr L_____ datés des 13 avril et 7 décembre 2006, ainsi que sur le contenu de son audition comme témoin, et le Dr L_____ devant se prononcer sur l'expertise diligentée par le Dr M_____.
11. Par courrier du 5 mai 2009, le Dr L_____ a indiqué au Tribunal que le rapport de son confrère était extrêmement détaillé et bien réalisé. Il a relevé que son patient était en incapacité de travail de 100%. Il a préconisé la mise en place d'un stage d'observation auprès de l'OAI. Par ailleurs, ayant choisi d'adresser son patient en consultation aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: les HUG), il a transmis deux rapports émanant de médecins des HUG, à savoir le Dr N_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie et le Dr O_____, médecin adjoint au service de rhumatologie.

Le rapport du Dr N_____ daté du 19 février 2009 retient, sur la base d'un examen clinique, un syndrome vertical sévère sans déficit neurologiques aux membres inférieurs, le bilan radiologique (clichés de 2007) mettant en évidence une hyper mobilité L3-L4 en flexion-extension et en L4-L5. Un traitement par infiltration au niveau articulaire et éventuellement au niveau des sacroiliaques est préconisé. Aucun commentaire n'est fait quant à la capacité de travail.

Le Dr O_____, après avoir effectué un examen clinique en date du 7 avril 2009, n'a pas relevé d'élément pour une lombalgie spécifique, ni de troubles statiques majeurs, l'examen neurologique étant par ailleurs dans les limites de la norme. Selon lui, l'examen radiologique ne met pas en évidence de problèmes avec

l'ostéosynthèse, ni de décompensation à l'étage sous-jacent, mais il ne permet pas non plus d'éliminer totalement une problématique L5-S1, alors qu'aucun syndrome radiculaire n'existe à ce niveau. Les signes de Waddel sont par contre positifs (3/5). Enfin, alors que l'assuré lui a indiqué qu'il serait difficile d'obtenir une amélioration clinique tant et aussi longtemps que la procédure judiciaire ne serait pas terminée, le Dr O_____ a noté des éléments de la lignée dépressive, un retrait social progressif et aujourd'hui majeur, des signes importants de kinésiphobie et de protection, les amplitudes étant perturbées de manière importante par la douleur souvent plus augmentée au redressement que dans le mouvement considéré. Il préconise une prise en charge thérapeutique de type cognitivo-comportementale. Il ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail.

12. Par détermination du 14 mai 2009, le Dr M_____ a remis en cause les deux rapports du Dr L_____, datés respectivement des 13 avril et 7 décembre 2006, ainsi que la déclaration de celui-ci du 31 mars 2008 pour les raisons suivantes:
- a. le rapport du 13 avril ne comprenait pas d'examen clinique;
 - b. l'appréciation était fondée sur une activité d'électricien, alors que l'activité adaptée retenue et exercée était celle de dessinateur-électricien;
 - c. le rapport du 7 décembre était également dénué d'un examen clinique et tenait toujours compte d'une activité d'électricien;
 - d. les limitations fonctionnelles relevées par le Dr L_____ lors de son audition du 31 mars 2008 étaient compatibles avec l'activité préconisée;
 - e. la dose de médicaments, à savoir 400mg par jour d'antalgiques majeurs, se situait dans les normes thérapeutiques et recommandées par le Compendium suisse des médicaments.

Le Dr M_____ a encore confirmé son diagnostic, à savoir "des lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis de grade 1 L5-S1, traité par spondylodèse et de hernie discale médiane L4-5, troubles dégénératifs postérieurs".

13. Le 15 juin 2009, l'OAI a fait valoir ses observations et relevé que le Dr L_____ s'était finalement rallié aux conclusions du Dr M_____ et que, par ailleurs, les conclusions du Dr M_____ n'avaient fait état d'aucun élément nouveau quant à l'atteinte à la santé par rapport à son appréciation du 13 février 2007. L'OAI a donc persisté dans sa décision.
14. Par courrier du 7 septembre 2009, l'assuré a indiqué que son état physique et psychologique s'était considérablement aggravé, son traitement ayant dû être

réadapté suite à la prise d'un antidépresseur (le Saroten). Compte tenu des contre-indications à prendre ce médicament avec le Tramal, la dose journalière de cet antalgique avait dû être réduite de 400mg à 200mg. Les douleurs avaient alors augmenté de manière notable et étaient devenues constantes de jour comme de nuit, avec des pics le matin et le soir. Un nouvel antidouleur, le Durogesic, lui a alors été prescrit par son médecin traitant, le Dr P _____, généraliste, en lieu et place du Tramal.

Par ce même courrier, l'assuré a transmis au Tribunal un rapport daté du 5 mai 2009 établi par le Dr Q _____, médecin à l'unité de psychiatrie de liaison des HUG. Il ressort de ce rapport que, quand bien même la prise d'un antidépresseur est conseillée (diminuer les troubles de l'endormissement) et qu'un suivi médical régulier auprès du médecin-traitant est recommandé, aucun diagnostic psychiatrique ne peut être retenu à l'endroit de l'assuré. Seul prévaut un important sentiment d'injustice et de colère - entretenu par la consommation de cannabis - face à la non reconnaissance des douleurs dont il souffre.

Sur cette base, le conseil du recourant a sollicité que soient ordonnées une comparution personnelle des parties, ainsi que des auditions supplémentaires, sans toutefois préciser lesquelles.

15. Par ordonnance du 10 novembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné une expertise médicale et l'a confiée à la Dresse R _____, rhumatologue.
16. Cette dernière a rendu son rapport d'expertise le 10 mai 2010. Après avoir procédé à une anamnèse, énoncé les plaintes de l'assuré, relevé le traitement prescrit, effectué un examen clinique de l'assuré et analysé les radiographies en sa possession, la Dresse R _____ rappelle que l'assuré a présenté des lombalgies suite à une chute en 1988. Une spondylolyse L5 bilatérale avec spondylothésis L5-S1 a été mise en évidence, mais améliorée par le port d'un corset et par une spondylodèse effectuée en 1990. La situation a été stabilisée et asymptomatique pendant 10 ans, puis des douleurs lombaires avec des scialtalgies irradiant en alternance dans les deux membres inférieurs prédominant à gauche sont progressivement réapparues pour devenir plus importantes depuis l'automne 2003. En 2004, ses médecins traitants, les Drs S _____ et T _____, ont évoqué la possibilité que les douleurs apparues en 2000 soient en relation avec des surcharges des niveaux en dessus de l'ostéosynthèse ("adjacent segment disease"). Cette hypothèse n'a toutefois pas pu être confirmée, en raison de problèmes techniques, par une discographie du disque L4-L5. En 2009, un nouvel examen effectué par le Dr N _____ a permis de relever un syndrome vertébral sévère à l'examen clinique, l'examen radiologique parlant en faveur d'une hypermobilité L3-L4 et L4-L5, c'est-à-dire des niveaux sus-jacents à l'ostéosynthèse.

S'agissant de la situation actuelle, la Dresse R_____ - relève que les lombalgies sont toujours présentes, localisées dans la région lombaire basse, en barre, irradiant face postérieure des cuisse surtout à gauche, constantes avec un fond douloureux estimé entre 3-5/10, avec une nette augmentation des douleurs en positions prolongées, assis (maximum ½ heure) ou debout (maximum 20 minutes), et à la marche (maximum 1 km), et une légère diminution en position couchée (peu de douleurs nocturnes). L'examen clinique permet de constater une déviation antalgique du tronc, une bascule du bassin vers la gauche, des troubles statiques sous forme d'un dos plat dans la région lombaire basse et une petite hyperlordose de la région de la jonction dorsolombaire. La mobilité du rachis est en outre limitée avec une importante rectitude du segment lombaire en flexion latérale droite et une extension est très douloureuse. Il existe des douleurs à la palpation même superficielle de toute la région lombaire, avec un palper rouler très douloureux et une peau infiltrée, avec des contractures paravertébrales ddc. Enfin, il n'y a aucun signe d'exagération (1/5 signe de Waddel).

En ce qui concerne les diagnostics, outre ceux de lombalgies chroniques et de spondylodèse de type PLIF L5-S1 présents depuis 1990, la Dresse R_____ admet que tant les symptômes présentés depuis 2003 par l'assuré, que l'examen clinique et les images radiologiques sont compatibles avec une surcharge et une instabilité du niveau en dessus de la fixation (en l'occurrence L4-L5), à savoir ce qui est décrit dans la littérature comme "ajacent segment disease" ou troubles dégénératifs des articulaires postérieurs et petite instabilité L4-L5. Cette entité peut être génératrice de douleurs plusieurs années après une chirurgie de stabilisation. Les douleurs dont se plaint l'assuré ont donc un substrat organique.

Au titre des limitations fonctionnelles, l'experte relève, qu'en raison des douleurs dues à la surcharge L4-L5, la position assise n'est possible qu'une demi-heure voir une heure d'affilée au grand maximum et la position debout au maximum 20 minutes. Par ailleurs, le port de charges est exclu, de même que des mouvements ou des positions prolongées en flexion-extension.

Pour ce qui est de la capacité de travail, la Dresse R_____ retient une capacité de 50%, dans l'activité exercée en dernier lieu, à savoir celle de dessinateur-technique (travail de bureau, sans suivi de chantier), de sorte qu'une réadaptation professionnelle n'est pas nécessaire. Cette activité de dessinateur est en effet adaptée aux limitations fonctionnelles constatées lesquelles commandent une activité légère, en position essentiellement assise, sans ports de charge, sans mouvements répétés du tronc en flexion-extension. Elle ne peut toutefois être exercée qu'à 50% en raison de l'impossibilité pour l'assuré de rester en position assise plus d'une heure d'affilée, du fait de ses douleurs. La Dresse R_____ fait remonter cette incapacité de travail durable au 8 mars 2004 et mentionne que l'assuré est en arrêt de travail total depuis le 15 janvier 2009. Enfin, la capacité de travail ne pourrait être améliorée pas des mesures médicales, l'impact d'une reprise

chirurgicale sur les douleurs étant réduit. Par contre, le traitement médical prescrit, à savoir la prise d'antalgiques majeurs, est adéquat et optimal.

17. Par détermination du 7 juin 2010, l'OAI s'est référé à l'avis 28 mai 2010 du Dr U_____, médecin-interniste au SMR. Tout en relevant que l'expertise permettait d'établir une aggravation récente de l'état de santé (augmentation des douleurs et changement thérapeutique), le Dr U_____ fait état d'une discordance et de contradictions dans les termes de l'expertise, en particulier dans l'appréciation des troubles dégénératifs au niveau lombaire par le Dr M_____. Il préconise un complément d'instruction par le biais d'une expertise psychiatrique en raison de l'apparition de signes de Waddell de non-organicité et de l'indication posée à un traitement psychiatrique.
18. Le recourant n'a fait valoir aucune observation.
19. Par arrêt du 13 septembre 2010 (ATAS/923/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et dit que l'assuré avait droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2005.

Il a considéré que l'expertise judiciaire avait pleine valeur probante et avait mis en évidence que les symptômes présentés par le patient, l'examen clinique et les images radiologiques parlaient en faveur d'une surcharge et d'une instabilité du niveau en dessus de la fixation, ce que la littérature médicale définissait comme "adjacent segment disease". Dans de tels cas de figure, les douleurs pouvaient survenir plusieurs années après la chirurgie de stabilisation. Suite à une intervention chirurgicale de type arthrodèse L5-S1, le disque L4-L5 devenait encore plus mobile et la mise en tension du ligament vertébral commun postérieur par le déplacement horizontal sollicitait la riche innervation sensitive au niveau de ce ligament, tout ceci pouvant être à l'origine de douleurs. Concluant ainsi que les symptômes (en particulier la douleur) présentés par le recourant ne venaient pas d'une instabilité du montage L5-S1 (pas de signes cliniques suffisants à cet égard), mais plus probablement d'une surcharge du niveau sus-jacent (L4-L5), la Dresse R_____ admettait que les douleurs avaient un substrat organique et se ralliait ce faisant aux opinions des médecins traitants, les Drs L_____ et N_____. Elle s'écartait en revanche des conclusions du Dr M_____ qui avait exclu - pour sa part - l'hypothèse d'instabilité de l'ostéosynthèse.

La capacité de travail du recourant était selon l'expertise de 50 % dans une activité adaptée depuis le 8 mars 2004. L'activité adaptée ayant été définie comme celle exercée en dernier lieu par le recourant, celui-ci avait donc droit à une demi-rente d'invalidité, depuis le 1^{er} mars 2005.

20. Par décision du 4 avril 2011, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2005.

21. Le 30 avril 2012, le Dr P_____ a écrit à l'OAI que suite à une agression subie en octobre 2008, l'état de santé de l'assuré s'était péjoré et il était justifié que celui-ci bénéficie d'une rente à 100 %.
22. Le 11 juillet 2012, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il lui incombait de fournir tout document médical circonstancié démontrant une aggravation probante dans un délai de 30 jours.
23. Le 11 septembre 2012, la Dresse V_____, FMH médecine interne – rhumatologie, a attesté d'une consultation de l'assuré en vue d'une réévaluation de sa rente AI. Il se plaignait de lombalgies en barre irradiant au membre inférieur gauche. Le maintien d'une position assise était pénible, la marche limitée à 15 minutes et le port de charge impossible. Les réveils nocturnes étaient fréquents. Il présentait des lombalgies chroniques, sans trouble neurologique. Il n'y avait pas de modification significative sur la radiographie du 27 août 2012. Le tableau douloureux semblait s'être aggravé au fil des ans dès lors que le traitement antalgique avait augmenté et que l'assuré présentait un retrait et un isolement social.
24. Le 24 septembre 2012, l'assuré a transmis à l'OAI un avis médical du Dr P_____ du 24 septembre 2012 et de la Dresse V_____ du 11 septembre 2012.
25. Le 24 septembre 2012, le Dr P_____ a attesté que sur le plan somatique la situation de l'assuré s'était légèrement péjorée. L'élément nouveau était un état dépressif avec des sentiments d'agression, de tristesse, une irritabilité augmentée, une perte d'intérêt et de plaisir, une perte d'énergie, une fatigabilité augmentée, une diminution de sa capacité de réflexion et concentration, des perspectives d'avenir négatives, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, une perte de libido et des activités sociales fortement entravées.

Il a joint un rapport d'intervention psychiatrique des HUG suite à une consultation du 12 mai 2009 attestant d'une agression sur la voie publique en octobre 2008 avec luxation de l'épaule gauche et fracture humérale réduite à l'hôpital de la Tour. Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. Il était préconisé une poursuite du suivi avec reprise de consultations régulières auprès du médecin-traitant.
26. Le 4 février 2013, le Dr W_____ du SMR a estimé que le Dr P_____ n'apportait pas d'éléments cliniques objectifs pour admettre une aggravation de l'état de santé et le rapport des HUG datait de mai 2009.
27. Par projet de décision du 11 février 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que le SMR estimait que les documents médicaux fournis n'apportaient pas d'éléments cliniques objectifs pour admettre une aggravation.

28. Par décision du 9 avril 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.

29. Le 14 mai 2013, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en relevant que les Drs P_____ et O_____ avaient attesté d'une aggravation de son état de santé de sorte que la décision litigieuse devait être annulée et une rente entière d'invalidité lui être octroyée. Il sollicitait l'audition de ses médecins-traitants et du Dr O_____ . Il a joint :

- Un avis médical du 13 mai 2013 du Dr A_____, FMH chirurgie orthopédique, relevant une certaine décompensation lombaire et un rétrolisthésis de L4 sur L5. Il n'y avait pas d'indication opératoire.
- Un avis médical du 19 avril 2013 du Dr O_____, médecin adjoint agréé au service de rhumatologie des HUG, selon lequel l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral chronique après spondylodèse L5-S1. L'état de l'assuré avait empiré subjectivement avec une restriction encore plus importante de ses activités. Il présentait des douleurs et des lâchages des deux genoux, des cervicothoracalgies et des engourdissements du premier orteil, à caractère mécanique ainsi que des effets secondaires des hautes doses de morphine.

L'assuré se trouvait dans une situation médicale, psychologique et sociale complexe, qui semblait s'être aggravée depuis 2009 malgré l'augmentation de la médication antalgique et le gain de son recours au tribunal contre l'AI. Le bilan radiologique réalisé en 2013 était dans les limites de la norme et ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie. Par contre, cliniquement on constatait d'importantes dysfonctions neuromusculaires au niveau lombaire et des zones d'allodyne, hyperalgésie diffuse de tout le rachis, suggérant fortement un phénomène de centralisation des douleurs. Ces éléments s'inscrivaient dans le contexte d'un patient qui présentait de nombreux facteurs de risque de chronicité tant psychologique que sociaux.

Une nouvelle intervention chirurgicale était déconseillée et une thérapie cognitivo-comportementale proposée, avec diminution des doses de morphine et éventuellement augmentation du Saroten.

30. Le 21 juin 2013, l'assuré a indiqué qu'il s'était inscrit au centre de traitement de la douleur des HUG et qu'il était suivi par le Dr B_____ pour dépression.
31. L'assuré a transmis, le 27 juin 2013, un questionnaire pour la révision de la rente, envoyé par l'OAI le 18 juin 2013 et le 10 juillet 2013 un courrier de l'OAI du 3 juillet 2013 l'informant que l'envoi du questionnaire était une erreur.
32. Le 8 juillet 2013, l'assuré a renvoyé à l'OAI le questionnaire en indiquant une aggravation de son état de santé depuis mi-janvier 2009 (augmentation de douleur,

diminution de la mobilité, déchirure du ligament croisé du genou gauche, déchirure du ménisque du genou droit, dépression, épaule gauche qui se déboîte).

33. Le 19 août 2013, l'OAI a indiqué qu'une procédure de révision de la rente était engagée de sorte que le recours était devenu sans objet.
34. Invité par la Cour de céans à se déterminer jusqu'au 12 septembre 2013, le recourant n'a pas donné suite.
35. 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^{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. Interjeté en temps utile le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le refus d'entrer en matière de l'intimé à la suite de la demande de révision formée par le recourant le 30 avril 2012.
4. 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).

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^{er} janvier

2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

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.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est

présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

Selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 1). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid.

5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2) (ATF du 27 juillet 2013 9C_789/2012).

5. En l'espèce, l'intimé a informé la Cour de céans le 19 août 2013 du fait qu'une procédure de révision avait finalement été ouverte et estimé que la décision litigieuse du 9 avril 2013 refusant d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente du 30 avril 2012 n'avait plus d'objet.

Il convient de constater, au vu de la procédure de révision et de l'écriture du 19 août 2013 de l'intimé, que celui-ci a admis que les conditions d'une entrée en matière sur la demande de révision formée par le recourant étaient remplies de sorte qu'il convient d'en prendre acte, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction de la demande formée par le recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 avril 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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