REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2490/2006 **ATAS/587/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 8 mai 2007

En la cause

Monsieur E_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOILLAT Olivier	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par décisions des 4 février et 6 juin 2003, confirmées sur opposition le 22 mars 2004, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) a informé Monsieur E_____, né le 1963, qu'une incapacité de travail de 100% en qualité de carreleur et de 80% dans une activité sédentaire légère ayant été retenue, sa demande de mesures de réadaptation professionnelle était rejetée, mais qu'une rente entière d'invalidité lui était accordée du 1er juin 1993 au 30 juin 2001.

   La décision sur opposition du 22 mars 2004 est entrée en force, vu le retrait du recours, constaté par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 9 juin 2004.

2. L'assuré a déposé une demande de reconsidération de son dossier le 9 décembre 2004. Il a produit deux attestations des Dr A_____ et B_____.

   Le 19 avril 2004, le Dr A_____, médecin-adjoint du Département de chirurgie, unité de proctologie des "établissement hospitalier", indiquait avoir examiné le patient le 14 novembre 2003 pour un problème de pubalgies et avoir constaté qu'il souffrait d'une symphysite pubienne. Selon ce médecin, ces douleurs peuvent avoir une incidence sur sa capacité de travail pour autant que le patient exerce un travail de force.

   Le 25 avril 2005, le Dr B_____, interne au Département de psychiatrie des "établissement hospitalier", relevait que l'assuré avait, à la suite de son accident survenu en 1992, déjà subi treize interventions chirurgicales qui font qu'actuellement il présente un syndrome douloureux chronique. Il précisait que "bien que le Dr C_____ nous l'ait adressé en raison d'une problématique sexuelle, j'ai pensé que la priorité était de l'aider à améliorer son trouble dépressif. Le patient s'est présenté avec des douleurs et une démarche boiteuse, il était tendu, irritable avec une thymie dépressive, un sentiment de découragement, une aboulie, une apathie, une anhédonie et de la fatigue. J'ai donc offert au patient un espace d'écoute et de soutien. Je lui ai par ailleurs également proposé une intervention pharmacologique. J'ai donc introduit un traitement d'Aurorix que le patient avait eu préalablement. Par contre nous avons assez vite arrêté ce traitement en raison d'effets secondaires (fatigue, vision floue, impuissance totale, nausées, brûlures). Après avoir consulté mes collègues à la psychopharmacologie, j'ai alors décidé d'introduire du Tofranil. Le patient a alors verbalisé une légère amélioration, néanmoins tout de suite après il a arrêté son suivi".

3. Invité à se déterminer, le Dr D_____, médecin-conseil de l'OCAI, a indiqué dans une note du 17 mai 2005: "pubalgies à fin 2004, opérée à droite puis à gauche. Cela ne devrait entraîner qu'un arrêt de travail transitoire. Ceci est totalement

indépendant de l'affection signalée précédemment (problème de genou) dont l'évaluation ne peut être remise en question. Revoir si délai échu en octobre 2005 (pour l'instant résultat favorable de l'opération".

Par courrier du 30 juin 2005, le Dr E_____ du Centre d'études multidisciplinaires et de traitement de la douleur des "établissement hospitalier", a relevé que le patient vivait actuellement très mal la chronicité de ses douleurs qu'il n'arrivait plus à gérer, qu'il ressentait beaucoup de colère qu'il exprimait verbalement, qu'il décrivait des idées suicidaires depuis quelque temps sans projet actuel défini. Le patient semble ne pas avoir de suivi psychologique et médico-social adéquat pour traverser cette grave crise. Selon le Dr E_____, il serait nécessaire de réintroduire un suivi régulier auprès de son psychiatre, parallèlement à la prise en charge du Dr F_____.

4. Par décision du 4 août 2005, l'OCAI a refusé d'entrer en matière, au motif que selon le SMR, les nouvelles pièces versées au dossier n'apportaient aucun élément nouveau probant susceptible de modifier sa décision du 22 mars 2004.

5. Par arrêt du 29 mars 2006, le Tribunal de céans a déclaré irrecevable le recours interjeté par l'assuré contre ladite décision et renvoyé la cause à l'OCAI comme objet de sa compétence. Il a en effet considéré d'une part, qu'aucune voie de droit n'était ouverte contre la décision attaquée en tant qu'elle refusait le réexamen des faits ayant fondé la décision du 22 mars 2004 et d'autre part, que même si la décision litigieuse ne se référait qu'au refus de reconsidération, elle avait implicitement rejeté la demande de révision fondée sur l'art. 53 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), et en tant que telle, pouvait être attaquée par une opposition.

6. Par décision du 8 juin 2006, l'OCAI s'est prononcée sur la révision au sens de l'art. 17 LPGA et sur la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

   S'agissant de la première, il a considéré qu'aucune des pièces produites à l'appui de la demande de réexamen du 9 décembre 2004 ne faisait mention de manière plausible d'une modification factuelle notable au sens de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI). Il a ainsi rejeté l'opposition formée contre le refus d'entrer en matière sur la demande de révision basée sur l'art. 17 LPGA.

   S'agissant de la seconde, il a constaté que les documents datés de 2004 à 2006 versés au dossier concernaient des événements qui étaient tous intervenus postérieurement à la décision sur opposition du 22 mars 2004, et que les documents antérieurs à 2004 étaient des pièces connues au moment d'établir la décision sur opposition concernée. L'OCAI en a ainsi conclu qu'on ne pouvait parler ni de faits nouveaux ni de moyens de preuve nouveaux et qu'il y avait dès lors lieu de

confirmer le rejet de la demande de révision procédurale en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA.

7a) L'assuré, représenté par Maître Olivier BOILLAT, a interjeté recours le 6 juillet 2006 contre ladite décision sur opposition. Il rappelle que suite à un accident de la circulation survenu le 30 juin 1992 et à la suite duquel il a souffert d'une déchirure traumatique complète du tendon d'Achille droit, d'une contusion de l'épaule droite et d'une distorsion du poignet gauche, il a connu et connaît toujours de nombreux problèmes de santé, lesquels ont nécessité de nombreuses interventions chirurgicales. Il explique qu'il s'est retrouvé dans un état dépressif, ayant petit à petit perdu l'espoir de retrouver son état de santé antérieur (cf. rapport du Dr B_____ du 25 avril 2005). Il a par ailleurs subi sous anesthésie générale le 30 avril 2005 une myofasciorraphie à gauche et le 3 janvier 2006 une nouvelle intervention en raison d'une gonarthrose varisante fémoro-tibiale interne du genou gauche. Une opération à l'épaule droite est en outre prévue dans les mois à venir.

Il est actuellement toujours en arrêt de travail à 100%.

Il considère que vu le nombre d'opérations subies, des séquelles laissées par celles-ci, des problèmes de santé qu'il continue à rencontrer et des certificats d'incapacité totale de travail délivrés par le Dr F_____, il a rendu plausible l'aggravation de son état de santé et le fait que celle-ci a des répercussions sur sa capacité de travail estimée à ce jour à 0% par son médecin traitant.

7b) Il souligne que lorsqu'il a formé opposition aux décisions des 4 février et 6 juin 2003, il était parti de l'idée que l'OCAI prendrait connaissance de toutes les pièces médicales établies notamment par le Dr F_____ pour la période antérieure. Tel n'avait toutefois pas été le cas, puisque dans sa décision sur opposition du 22 mars 2004, l'OCAI relève qu'après avoir questionné le Dr F_____, il en est ressorti que les conclusions du stage effectué au CIP étaient toujours valables, à savoir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Or, le Dr F_____ lui signe des arrêts de travail à 100% "depuis toujours". L'assuré en conclut que l'OCAI n'a pas pris connaissance de ces documents.

7c) Il affirme par ailleurs que des faits nouveaux déterminants sont survenus postérieurement au 22 mars 2004, soit le rapport établi par le Dr A_____ le 19 avril 2004, la lettre du 26 avril 2004 du Dr F_____, le fait qu'il ait subi les 6 octobre 2004, 30 avril 2005 et 3 janvier 2006 de nouvelles interventions chirurgicales, ainsi que le rapport du Dr B_____ du 25 avril 2005.

7d) L'assuré demande dès lors au Tribunal de céans d'annuler la décision sur opposition du 8 juin 2006, d'admettre le bien-fondé de la demande en révision au sens des art. 17 et 53 al. 1 LPGA, et statuant à nouveau, de lui accorder une rente entière au-delà du 30 juin 2001 ainsi que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

8. Dans sa réponse du 13 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

9. Ce courrier a été transmis à l'assuré, celui-ci ayant la possibilité de venir consulter le dossier au greffe.

10. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur deux points: déterminer si l'OCAI était fondé à rejeter la demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis le 22 mars 2004.

5a) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des moyens de preuves qui ne pouvaient être produits auparavant. Il s'agit de moyens de preuve qui n'étaient pas jusqu'alors connus, en dépit d'une diligence suffisante. En effet, la procédure de révision ne doit pas servir à rattraper une omission, laquelle est due à

une négligence évitable (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, ad art. 53, ch. 12, p. 536).

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des fais allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1 ; cf. aussi ATF 118 II 205).

5b) Selon l'OCAI, il a été tenu compte de toutes les pièces concernant les événements antérieurs à 2004. Les autres documents, datés de 2004 à 2006 et versés au dossier, portent sur des faits postérieurs. Il a ainsi considéré qu'il n'y avait ni fait nouveau ni moyen de preuve nouveau.

5c) L'assuré allègue, quant à lui, avoir découvert, après que la décision sur opposition du 22 mars 2004 soit entrée en force, que l'OCAI n'avait pas tenu compte des pièces médicales établies notamment par le Dr F_____, ainsi que des arrêts de travail à 100% qui lui avaient été délivrés. Il s'étonne à cet égard de ce que l'OCAI, après avoir questionné le Dr F_____, ait pu conclure à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, alors que ce médecin lui signait des arrêts de travail à 100 % "depuis toujours".

5d) Le Tribunal de céans constate en effet que par courrier du 26 avril 2004 adressé au mandataire, le Dr F_____ a expressément contesté avoir indiqué que son patient était capable de travailler à 80%. Ce nonobstant, l'OCAI s'est fondé sur le rapport OSER établi par le CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP) le 14 janvier 2002 à la suite du stage effectué par l'assuré du 27 août au 25 novembre 2001. Il avait été conclu à la possibilité de réadapter théoriquement l'assuré dans le circuit économique normal avec un rendement de 80% sans doute à plein temps dans une activité simple, légère, en position prioritairement assise et sans port de charges (ouvrier d'usine). Il avait été relevé que l'assuré ne faisait pratiquement rien pour faciliter les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. Le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin consultant du CIP, avait constaté que sur le plan purement somatique, l'assuré était "relativement peu atteint dans sa santé". Il avait proposé de mettre sur pied une expertise psychiatrique.

L'OCAI dit avoir également pris en considération un rapport à lui adressé par le Dr F_____ le 5 janvier 2004 et son complément du 29 janvier 2004. Or, il y a lieu de constater que dans ce rapport, le Dr F_____ a certes déclaré que l'état de santé s'aggravait "d'année en année" et que des changements dans les diagnostics étaient intervenus, toutefois, interrogé plus précisément par l'OCAI, il a indiqué que s'il avait répondu affirmativement à la question de savoir si les conclusions du stage étaient encore valables actuellement, c'est parce que l'assuré lui paraissait peu motivé et parce qu'il souffrait de douleurs multiples subjectives. Il a par ailleurs précisé que des mesures professionnelles ou une reprise du travail n'étaient pas envisageables.

Les déclarations du Dr F_____ paraissent ainsi pour le moins contradictoires.

En conséquence, et quant bien même l'avis du Dr F_____ du 26 avril 2004 aurait été ignoré par l'OCAI, il n'y a en l'occurrence ni fait ni moyen de preuve nouveaux survenus avant le 22 mars 2004 suffisamment importants et concluants pour qu'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA puisse être envisagée.

6. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 (art. 41 LAI).

L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité.

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Il s'agit dès lors en l'espèce de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en 2004 et les faits déterminants en 2006, et plus particulièrement s'il y a eu aggravation de l'état de santé depuis mars 2004.

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

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 maladif, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

8. En l'espèce, l'assuré allègue que son état de santé s'est aggravé depuis 2004. Il produit à cet égard divers rapports médicaux établis par les Drs A_____, F_____ et B_____, et souligne avoir subi les 6 octobre 2004, 30 avril 2005 et 3 janvier 2006 de nouvelles interventions chirurgicales.

8a) Les pubalgies diagnostiquées par le Dr A_____ en novembre 2003 ont conduit à deux interventions, à droite et à gauche. Le SMR, dans sa note du 17 mai 2005, a considéré que "cela ne devrait entraîner qu'un arrêt de travail transitoire".

L'assuré souligne toutefois qu'il souffre encore de douleurs causées notamment par ses pubalgies et que le Dr F_____ le considère toujours incapable de travailler à 100%.

Il résulte, il est vrai, du compte-rendu opératoire du 8 octobre 2004 signé par le Dr A_____ que ce patient a bénéficié de tous les traitements possibles pour ses pubalgies, sans succès. Selon le compte-rendu opératoire du 30 avril 2005 toutefois, "le patient a présenté une pubalgie à droite corrigée avec succès et continue de présenter des douleurs à gauche, raison pour laquelle on se décide après un traitement conservateur bien conduit à pratiquer une myofasciorraphie à gauche".

Il apparaît ainsi que les pubalgies ont été correctement traitées. Le Dr A_____ a du reste confirmé le 19 septembre 2005, que les algies inguinales s'étaient amendées en phase postopératoire à gauche comme à droite. L'assuré allègue qu'il y a eu une résurgence et réactivation de la symptomatologie douloureuse à droite. Selon le Dr A_____ toutefois, les douleurs dues aux pubalgies ne peuvent avoir une incidence sur la capacité de travail que si le patient devait exercer un travail de force. Ces douleurs réactivées ne constituent dès lors pas un élément déterminant.

8b) Il apparaît que les troubles érectiles en tant que tels, dont font état le Dr H_____ dans un courrier du 26 août 2003 et le Dr A_____ le 19 mai 2005, n'ont pas non plus d'influence sur la capacité de travail de l'assuré.

8c) L'assuré a allégué dans sa demande en reconsidération du 9 décembre 2004 commencer à ressentir des problèmes cardiaques en raison de l'absorption de médicaments antidouleurs depuis 1992. Il n'a toutefois versé au dossier aucun rapport relatif à de tels problèmes. Force est d'en conclure qu'ils n'ont pas été confirmés par le médecin consulté.

8d) Quant à l'état dépressif mis en évidence par les Drs I_____, B_____ et E_____, il y a lieu de relever, à l'instar de l'OCAI, que l'assuré n'est suivi par aucun psychiatre. Or, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité.

8e) L'assuré a certes subi une intervention au genou gauche en janvier 2006 (cf. rapport du 5 février 2006), on ne saurait cependant parler à cet égard d'aggravation, dans la mesure où l'exigibilité concernant la capacité de travail n'est pas modifiée dans le cadre d'un travail léger de type sédentaire (SMR du 7 juin 2006). Invité à se prononcer sur l'intervention au genou gauche pratiquée en janvier 2006, le Dr Jean-François D_____, pour le SMR, a en effet rappelé qu'après une convalescence n'excédant pas trois mois, sauf complication, l'exigibilité concernant la capacité de travail reste la même pour un travail léger de type sédentaire.

Il est vrai que le Dr F_____ a établi "depuis toujours" des certificats attestant d'une incapacité totale de travailler. Ces certificats ne suffisent toutefois pas à eux seuls, et sans autre précision, à justifier l'octroi de prestations AI.

9. Aussi, au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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); 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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