

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3781/2007

ATAS/1240/2010

**ARRET EN REVISION**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 30 novembre 2010**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GROSJEAN Christian

Demandeur  
en révision

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, Genève

Défendeur  
en révision

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Par décisions des 23 juin et 8 juillet 1998, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OAI) a mis Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1962, ayant travaillé en dernier lieu comme aide-monteur électricien, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1996.
2. Dans le cadre de la révision du dossier, un rapport d'expertise a été rendu par le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, le 18 avril 2006, lequel a diagnostiqué des gonalgies bilatérales, des lombopseudosciatalgies droites, des coxodyxnies, une gonarthrose droite et arthrose fémoro-patellaire bilatérale débutante, un status après rupture du ligament croisé antérieur du genou droit ainsi que de l'obésité. Les symptômes mis en avant par l'assuré concernant le dos et la hanche droite restaient sans altération fonctionnelle manifeste à l'examen clinique. Les affections concernant l'une et l'autre de ces localisations n'avaient donc pas de répercussion sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère était estimée à 75% et ce, en tenant compte d'une diminution de rendement. Le pronostic quant à une reprise de travail restait, selon le médecin, réservé chez cet assuré "conforté dans son statut d'invalidé par l'octroi d'une rente entière"; il alléguait des douleurs subjectives qui ne pouvaient être intégrées dans l'appréciation objective de sa capacité de travail. Cette dernière pouvait par contre être améliorée par le port d'une orthèse multifonctionnelle de stabilisation du genou avec attache en velcro et stabilisateurs latéraux articulés.
3. Par décision du 10 septembre 2007, l'OAI a mis fin au versement de la rente entière, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.
4. Par acte du 9 octobre 2007, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, concluant notamment à l'octroi d'au moins trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.
5. Par arrêt du 6 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré. Il a confirmé l'exactitude du calcul du degré d'invalidité de celui-ci effectué par l'intimé sur la base du taux d'invalidité retenu par le Dr A\_\_\_\_\_ dans son expertise, lequel ne donnait droit à aucune rente.
6. Un examen de l'épaule droite de l'assuré effectuée par le Dr B\_\_\_\_\_, radiologue FMH de la clinique GENERALE BEAULIEU le 29 mai 2008 a mis en évidence un conflit sous-acromial avec une large calcification muriforme de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux traduisant une périarthrite calcifiante. En outre, dans le cadre d'une IRM datée du même jour, le médecin a conclu à un très net conflit sous-acromial se manifestant essentiellement par une petite réaction inflammatoire de la bourse sous-acromio-delhoïdienne et un assez

large remaniement scléro-géodique de la partie postérieure de trochiter, une périarthrite calcifiante et un remaniement de signal du bourrelet glénoïdien supérieur évoquant une lésion de type SLAP.

7. L'assuré a subi un examen du genou le 29 mai 2008, diligenté également par le Dr B\_\_\_\_\_, lequel a constaté une gonarthrose encore modérée tricompartmentale à droite prédominant au niveau du compartiment fémoro-tibial externe et une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne à gauche.
8. Une expertise privée a été rendue par le Dr C\_\_\_\_\_, médecin FMH spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-traitant de l'assuré, en date du 3 juin 2008. Il en résultait que celui-ci souffrait d'un conflit sous-acromial sévère de l'épaule droite, une calcification de l'épaule droite, une déchirure du labrum de l'épaule droite de type SLAP, d'une gonarthrose importante du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur et lésions méniscales, péjorées à la charge, donc à l'effort, d'une gonarthrose moyenne du genou gauche avec lésions méniscales, péjorées en charge donc à l'effort, des lombalgies basses, en barre, avec sciatalgies L5-S1 à droite et d'une coxarthrose bilatérale. Le Dr C\_\_\_\_\_ a ajouté que la gonarthrose des genoux et des hanches nécessitait un traitement physiothérapeutique, symptomatique par anti-inflammatoires et chondoprotecteurs et qu'une mise en place de prothèses de genoux serait inévitable. Les lombalgies requéraient également un traitement conservateur par physiothérapie et par des anti-inflammatoires. La pathologie de l'épaule droite nécessitait, quant à elle, un traitement chirurgical dans les meilleurs délais, afin d'améliorer de façon importante la fonction de cette épaule "sans pour autant en déduire une reprise de travail des membres supérieurs, même avec des contraintes légères".

S'agissant de la capacité de travail du demandeur, le médecin a relevé que "la coxarthrose bilatérale et la gonarthrose bilatérale sont évolutives, donc péjoratives" et que la pathologie de l'épaule "péjore gravement la santé du patient, ainsi que sa capacité professionnelle. Il est reconnu dans la littérature mondiale que la pathologie de l'épaule a un effet très néfaste sur la santé d'un patient". Il a conclu son rapport en soulignant que cette pathologie "nécessite une intervention chirurgicale et un arrêt de travail à 100% dès ce jour, le 3 juin 2008".

9. L'assuré a déposé, le 7 août 2008, une demande en révision auprès du Tribunal de céans. Il a allégué que quelques mois après avoir déposé son recours du 9 octobre 2007, il avait ressenti de nouvelles douleurs notamment au niveau de l'épaule droite. Il avait obtenu un rendez-vous chez le Dr C\_\_\_\_\_ durant le mois de mai 2008. Sur prescription de ce dernier, il avait subi une série d'examen à la clinique GENERALE BEAULIEU, en date du 29 mai 2008, lesquels avaient mis en évidence des troubles au niveau de son épaule droite et de son genou. Au vu de ce qui précède, le Dr C\_\_\_\_\_ avait établi son rapport du 3 juin 2008. Selon ce médecin, l'apparition de nouvelles douleurs au niveau de l'épaule droite, apparues

postérieurement au jugement rendu par le Tribunal de céans le 6 mai 2008 était confirmée, ainsi que la péjoration de son état de santé.

Il a conclu ainsi à la révision dudit jugement, à ce qu'il soit mis au bénéfice "d'un montant minimum de  $\frac{3}{4}$  de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007" et à ce que des rentes complémentaires lui soient octroyées pour enfants et épouse.

10. Dans sa réponse du 27 janvier 2009, l'OAI a fait savoir que les éléments de preuve invoqués par l'assuré auraient déjà pu l'être durant la procédure qui a abouti à l'arrêt du 6 mai 2008. Par ailleurs, l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ avait été réalisée le 3 juin 2008, soit pendant le délai pour recourir au Tribunal fédéral. Il a conclu ainsi au rejet de la demande de révision et au maintien du jugement rendu le 6 mai 2008.
11. Dans sa réplique du 20 février 2009, l'assuré a rappelé, en substance, qu'il n'avait obtenu un rendez-vous chez le Dr C\_\_\_\_\_ qu'en mai 2008 et qu'entre temps, le Tribunal de céans lui avait indiqué que la cause avait été gardée à juger, de sorte qu'il se trouvait alors dans l'impossibilité d'apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé. Il n'avait de plus pas la possibilité d'apporter ces éléments nouveaux, dans le cadre de la procédure ayant abouti au jugement du 6 mai 2008, parce qu'il ignorait l'étendue de l'aggravation de son état de santé et les conséquences qui en découlaient. Il a affirmé que si le Tribunal de céans avait eu connaissance de ces éléments, il aurait manifestement statué différemment et que, partant, sa demande en révision devrait être acceptée. S'agissant de la non production du rapport d'expertise du 3 juin 2008, il a rappelé que le Tribunal fédéral n'entrait en matière sur aucun fait nouveau ni aucune preuve nouvelle de sorte qu'il ne pouvait faire valoir ces éléments devant ce dernier. Par ailleurs, il a souligné qu'il n'avait plus exercé d'activité lucrative durant ces dix dernières années en raison de son handicap et qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation professionnelle. Dans ces circonstances, il apparaissait peu probable qu'il retrouve un emploi. Enfin, il persistait dans l'intégralité de ses conclusions.
12. Dans sa duplique du 10 juillet 2009, l'OAI a indiqué, en substance, que les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ne se prononçaient pas précisément sur la question de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il a allégué que l'expertise rendue par le Dr C\_\_\_\_\_ énumérait de façon systématique les appréciations faites par ses confrères quant à la capacité résiduelle de travail, sans se prononcer lui-même sur la question. Par ailleurs, l'Office a relevé que toutes les appréciations auxquelles il était fait référence avaient déjà été examinées lors de la procédure de recours ayant abouti à l'arrêt du 6 mai 2008. Enfin, le Dr C\_\_\_\_\_ émettait principalement des critiques sur les méthodes d'évaluation de l'invalidité utilisées par l'AI. Ainsi, son rapport n'était pas de nature à modifier son appréciation quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré. L'OAI a conclu ainsi au rejet de la demande en révision et au maintien de l'arrêt rendu le 6 mai 2008.

13. Par courrier du 17 septembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé au Tribunal de céans que son patient n'avait encore subi aucune intervention chirurgicale. Il lui était difficile de dater précisément la calcification de l'épaule de l'assuré car celle-ci pouvait être présente de manière asymptomatique pendant un certain temps. Il n'était ainsi pas exclu qu'elle ait été antérieure à l'examen du Dr A\_\_\_\_\_. Selon la littérature relative à l'appareil locomoteur, la pathologie de l'épaule avait une incidence très négative sur l'articulation et la qualité de vie. L'incapacité de travail était ainsi aggravée par cette atteinte.
14. En date du 30 septembre 2009, Le Dr C\_\_\_\_\_ a encore précisé au Tribunal de céans qu'une intervention chirurgicale avait été envisagée car la symptomatologie de l'assuré s'était clairement aggravée lors des consultations en 2008.
15. Par détermination du 13 octobre 2009, l'assuré a rendu le Tribunal de céans attentif au fait que le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé dans son expertise du 3 juin 2008 que son épaule était douloureuse à la palpation et entraînait une impotence indiscutable alors que le Dr A\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 avril 2006, sur lequel se fondaient les décisions prises à son encontre, n'évoquait même pas ce problème. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait bien mentionné que la calcification pouvait être antérieure à l'examen du Dr A\_\_\_\_\_ mais qu'en raison de son caractère asymptomatique, il était difficile d'en dater l'apparition. L'assuré rappelait qu'il n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis plus de dix ans, qu'il ne bénéficiait d'aucune formation professionnelle particulière, qu'il avait une scolarité limitée et que par conséquent il était tout à fait improbable qu'il trouve un emploi en Suisse ou à l'étranger.
16. En date du 15 décembre 2009, le Tribunal de céans, faisant suite à la requête de l'OAI qui sollicitait un complément d'expertise par le Dr A\_\_\_\_\_, a rendu une ordonnance de suspension de l'instruction de la cause.
17. Dans son rapport du 2 mars 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'appréciation faite dans sa précédente expertise s'agissant de la capacité de travail de l'assuré en relation avec les symptômes du dos, du membre inférieur droit et des hanches.

S'agissant de l'épaule droite, il avait pu en revanche constater sur la base de son examen médical et de ses observations une large amélioration de l'amplitude articulaire par rapport au dernier examen clinique du 17 septembre 2009 du Dr C\_\_\_\_\_. Il n'y avait par conséquent pas lieu de s'écarter de ses conclusions antérieures, à savoir une capacité de travail de 75% dans une activité légère excluant la position debout et la marche prolongée, principalement les travaux accroupis et la montée, laquelle intégrait la diminution de rendement liée à l'alternance des positions assise et debout et à la prise éventuelle de pauses

supplémentaires. Les mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageable, celles dont l'assuré avait bénéficié en septembre 1997 s'étant révélées un échec.

18. Dans sa réplique du 3 mai 2010, l'assuré a reproché à l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ de ne pas s'être prononcée sur son état psychique, bien que le Dr C\_\_\_\_\_ ait indiqué dans son rapport du 3 juin 2008 que la décision de l'intimé l'avait plongé dans un état de détresse incommensurable. Il relevait que le Dr C\_\_\_\_\_ s'était prononcé sur sa capacité de travail puisqu'il parlait dans son rapport du 17 septembre 2009 d'impotence indiscutable liée à la pathologie de l'épaule.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 au cas d'espèce.
3. L'assuré a déposé, le 7 août 2008, une demande en révision de l'arrêt rendu en date du 6 mai 2008 par le Tribunal de céans.
4. Aux termes de l'art. 81 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision, dans les trois mois dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans à compter de la notification de la décision.

En l'espèce, l'assuré s'est rendu en consultation chez le Dr C\_\_\_\_\_ pour des douleurs survenues à l'épaule dans le courant du mois de mai 2008. Des examens de l'épaule effectués en date du 29 mai 2008 ont mis en évidence diverses pathologies, à savoir notamment, un très net conflit sous acromial, une périarthrite calcifiante et une lésion de type SLAP. Ce n'est qu'une fois ces diagnostics posés que l'assuré a pu réaliser qu'il souffrait de troubles pouvant avoir une influence déterminante sur le calcul de son degré d'invalidité. C'est donc à partir de cette date que le délai de 3 mois prévu par l'art. 81 LPA a commencé à courir et il n'était pas échu au moment du dépôt de la demande le 7 août 2008, laquelle a par ailleurs été formée par écrit.

La demande en révision est dès lors formellement recevable.

5. A teneur de l'art. 89I al. 2 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), l'art. 61 let i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 56V al. 2 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal pour régler la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses (ATAS/326/2008).

Cette disposition prévoit qu'il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision (let. a), que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente (let. b), que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièces (let. c), que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel (let. d), que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées (let. e).

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.

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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait 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 le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). 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 la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 110 V 141 consid. 2

et 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2, 118 II 205 consid. 5).

En l'espèce, dans le cadre de sa demande, le recourant a produit une expertise du Dr C\_\_\_\_\_ datée du 3 juin 2008, faisant état notamment d'une périarthrite calcifiante de l'épaule droite. Il s'agit d'un fait nouveau dès lors que cette pathologie n'était pas connue lorsque le Tribunal de céans a rendu son arrêt le 6 mai 2008. L'intimé a lui-même admis explicitement qu'il s'agissait d'un fait nouveau nécessitant un complément d'expertise. Il s'agit de déterminer toutefois si cette nouvelle pathologie a une influence sur la capacité de travail de l'assuré et pourrait de ce fait modifier la décision dont l'assuré requiert la révision.

6. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA).

L'incapacité de gain est définie comme étant toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

La capacité de gain est déterminée en premier lieu par la capacité de travail résiduelle, soit 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à 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)

7. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par les parties ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid- 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Selon le principe de la 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Le Tribunal de céans a fondé son arrêt du 6 mai 2008 sur l'expertise du 18 avril 2006 du Dr A\_\_\_\_\_ à laquelle il a reconnu pleine valeur probante. Le médecin avait ainsi retenu que l'assuré bénéficiait dans une activité légère d'une capacité de travail de 75%, diminution de rendement comprise.

L'assuré a invoqué à l'appui de sa demande en révision des faits nouveaux, le Dr C\_\_\_\_\_ ayant constaté une péjoration de son état de santé en raison de pathologies qui n'avaient pas pu être prises en compte à par le Dr A\_\_\_\_\_ dans sa première expertise.

Le Tribunal de céans constate cependant que ni dans son expertise du 3 juin 2008, ni dans les compléments qu'il a versés à la procédure les 17 et 30 septembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ ne s'est prononcé sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il s'est en effet référé aux appréciations de ses confrères ainsi qu'à la littérature médicale pour finalement conclure de façon toute générale que les nouvelles affections dont souffre le patient sont péjoratives et ont un effet néfaste sur sa santé.

Dans l'expertise établie le 2 mars 2010 dans le cadre de la procédure de révision, le Dr A\_\_\_\_\_ a pris, sur la base d'une anamnèse complète, des pièces du dossier et des plaintes du patient, des conclusions détaillées quant aux effets sur la capacité de travail de l'assuré de chacune des pathologies dont il est atteint. Il existe certes une discordance, s'agissant de l'examen clinique de l'épaule de l'assuré, entre les constatations du Dr C\_\_\_\_\_ qui insiste sur la gravité de l'affections et celles du Dr A\_\_\_\_\_ dont les observations concluent à une amélioration de la pathologie.

Cela étant, force est de constater que plusieurs mois se sont passés entre les deux diagnostics, celui du Dr C\_\_\_\_\_ datant de juin 2008 et celui du Dr D\_\_\_\_\_ de mars 2010 et qu'il est tout à fait vraisemblable que la situation de l'assuré se soit améliorée. En effet, tant dans son expertise que dans ses courriers des 17 et 30 septembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ préconisait la nécessité d'une intervention chirurgicale en raison de la gravité de l'atteinte. Celle-ci n'a cependant

jamais eu lieu depuis, ce qui aurait tendance à confirmer le diagnostic du Dr A\_\_\_\_\_ visant une amélioration de l'atteinte.

Quant aux problèmes psychiques évoqués par l'assuré dans son écriture du 3 mai 2010, soit bien après que l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ ait été rendue, ils n'ont jamais été relevés dans la demande en révision et il ne sauraient être pris en compte à ce stade de la procédure. Ils ne sont de surcroît étayés par aucun document médical probant et n'ont jamais été constatés dans aucune des expertises faites jusque-là. Il appartiendra ainsi à l'assuré le cas échéant de faire valoir ce grief dans le cadre d'une nouvelle demande déposée auprès de l'intimé.

9. Dans la mesure où la dernière expertise du Dr A\_\_\_\_\_ présente tous les réquisits nécessaires pour lui voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, il n'y a aucun motif de s'en écarter.

Les pathologies invoquées par l'assuré à l'appui de sa demande en révision n'ayant abouti à aucune modification de sa capacité de travail par rapport à ce qui avait été retenu en 2006 par le Dr A\_\_\_\_\_, force est de constater qu'il n'y a pas lieu de réviser l'arrêt du 6 mai 2008.

Par conséquent la demande en révision est rejetée.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande en révision recevable.

**Au fond :**

2. La rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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