

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4310/2015

ATAS/929/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 novembre 2016**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par  
l'association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1967, de nationalité italienne et titulaire d'un permis C, a travaillé auprès de la société B\_\_\_\_\_ SA en qualité de maçon.
2. À compter du 16 avril 2008, l'assuré a été en arrêt complet, en raison de lombosciatalgies gauches dans le contexte d'une hernie discale L4-5.
3. En date du 7 octobre 2008, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal d'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
4. Par décision du 31 août 2012, l'OAI l'a rejetée.

Se fondant sur l'avis de son service médical régional (SMR), l'OAI a considéré que si l'assuré était effectivement désormais dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle, il avait recouvré, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Comparant dès lors le revenu que l'assuré aurait ainsi pu réaliser en 2009 en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10%, vu que seules des activités légères pouvaient être envisagées (CHF 55'116.- ; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS 2008], TA1, niveau 4, après réévaluation et réduction supplémentaire) à celui qu'il aurait obtenu la même année sans atteinte à sa santé (CHF 67'588.-), l'OAI a évalué le degré d'invalidité à 19%, taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du 2 août 2004 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une protrusion discale à la limite de la hernie en L4-L5, de localisation médiane et paramédiane à prédominance gauche, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et discrètement sur l'émergence des racines L5, à une ébauche de spina bifida occulta en S1 et à de discrètes lésions dégénératives des articulations interapophysaires postérieures ;
- un rapport du même médecin du 5 octobre 2005 confirmant les diagnostics précédemment posés et y ajoutant celui de dystrophie osseuse modérée ;
- un rapport du même médecin du 30 avril 2008, confirmant la protrusion discale L4-L5 en précisant un contact discret avec la racine L5 gauche, sans tuméfaction, ni refoulement et faisant également état d'une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures ;
- un courrier rédigé le 20 mai 2008 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, constatant une bonne concordance radiologique et clinique et préconisant une prise en charge percutanée (dissectomie du disque L4-L5) ;

- un bref courrier de ce même médecin du 17 juillet 2018 indiquant que l'intervention avait été pratiquée le 12 juin 2008 et qu'elle avait entraîné une amélioration assez sensible (pratiquement plus de douleurs radiculaires, diminution significative du traitement et sommeil amélioré) ; quelques lombalgies modérées persistaient encore ;
- un rapport d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire du 15 septembre 2008 concluant à une dessiccation au niveau de l'espace inter-somatique L4-L5 accompagnée d'une protrusion discale pouvant entrer dans le cadre d'un conflit disco-radiculaire L4-L5 ;
- un rapport de la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, daté du 18 septembre 2008, constatant à l'examen des troubles sensitifs (hypoesthésies douloureuses) dépassant clairement un territoire radiculaire unique, mentionnant une protrusion discale L4-5 en contact avec L5 des deux côtés et l'existence de critères pour un canal rachidien rétréci ; de la physiothérapie était préconisée ;
- un rapport par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 22 octobre 2008, faisant état de lombosciatalgies bilatérales chroniques atypiques apparues en 2003, d'un status après discectomie percutanée L4-L5 gauche le 12 juin 2008 pour hernie discale L4-L5, ainsi que d'une fibrillation auriculaire ;
- un rapport rédigé le 8 décembre 2008 par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, relevant une discrète altération du réflexe myotatique S1 et relatant que, sur le plan myographique, l'examen réalisé bilatéralement de L3 à S1, n'avait révélé aucun signe d'atteinte neurogène ; avait toutefois été relevée une activité fibrillaire reflétant une lésion radiculaire, certainement très modérée, vu son absence de traduction dans les myotomes antérieurs ;
- un rapport rédigé le 5 février 2009 par le Dr F\_\_\_\_\_, faisant état d'une évolution défavorable sur le plan rhumatologique et de douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs, surtout à gauche ; la capacité de travail de l'assuré restait nulle dans le métier de maçon, mais l'assuré avait exprimé son souhait de bénéficier d'un reclassement professionnel dans le domaine de l'horlogerie ;
- un courrier du 12 mars 2009 adressé à l'OAI par le docteur H\_\_\_\_\_, cardiologue FMH, expliquant que l'assuré souffrait d'un angor, de palpitations et d'une fibrillation auriculaire paroxystique avec suspicion d'une maladie coronarienne et qu'un bilan coronarien était prévu durant l'été ;
- un rapport de consultation du 30 mars 2009, des docteurs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie des HUG, expliquant que le patient décrivait une irradiation douloureuse dans les membres inférieurs évoquant le dermatome L5-S1 mais qu'objectivement, on ne retrouvait pas de déficit de force aux membres inférieurs, hormis une diminution antalgique de la flexion dorsale du pied gauche à 4/5 ; la marche se faisait aisément ; l'IRM pratiquée en septembre 2008 montrant une protrusion assez marquée en L4-L5 pouvant être à l'origine du problème, les médecins préconisaient une nouvelle IRM lombaire ;

- un rapport d'examen d'IRM dorso-lombaire du 2 avril 2009 constatant des données inchangées, à savoir une discopathie au niveau de l'espace inter-somatique L4-L5 sans diminution de hauteur de l'espace mais avec dessiccation et protrusion discale ;
- un bref courrier rédigé le 21 avril 2009 par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ constatant que l'IRM du 2 avril 2009 était superposable à celle de septembre 2008 avec, notamment, l'absence d'un véritable conflit disco-radicaire en L4-L5, raison pour laquelle, selon eux, une prise en charge rhumatologique était préférable à une intervention chirurgicale ;
- un rapport d'examen neuropsychologique rédigé le 28 mai 2009 par les psychologues K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, mettant en évidence quelques difficultés attentionnelles ainsi qu'un léger dysfonctionnement exécutif, avec un défaut d'inhibition et, dans une moindre mesure, un ralentissement et une réduction de l'auto-activation, soit un tableau parlant en faveur d'une souffrance sous-corticale d'origine vasculaire, sans évidence d'une atteinte focale ;
- un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie des HUG, du 2 juillet 2009, retenant le diagnostic de lombalgies communes chroniques ayant évolué vers une situation proche d'un trouble somatoforme douloureux ; le médecin relevait également un score de Beck très élevé ;
- un rapport rédigé le 30 juillet 2009 par le docteur N\_\_\_\_\_, du service de neurologie des HUG, expliquant que l'assuré avait été hospitalisé du 24 au 29 mai 2009 en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique bi-occipital régressif ; d'un point de vue strictement cardio-vasculaire, l'activité habituelle restait malgré tout exigible à plein temps et sans diminution de rendement ;
- un rapport rédigé le 23 octobre 2009 par le Dr M\_\_\_\_\_ suite à deux consultations de rhumatologie, concluant à des lombalgies communes chroniques invalidantes depuis avril 2008 et faisant état d'une évolution très défavorable avec des limitations dans les activités de la vie quotidienne qualifiées de très importantes ; le médecin relevait la probabilité élevée d'un épisode dépressif concomitant ; le patient avait été adressé au centre d'évaluation et de traitement de la douleur en espérant que cette prise en charge, associée au traitement d'un éventuel état dépressif, augmente les capacités professionnelles, étant précisé qu'il était peu probable que l'on puisse dépasser un taux de 50% dans une activité adaptée ;
- un rapport d'expertise rédigé le 5 novembre 2009 par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur perte de gain, constatant que l'assuré ne supportait pas les positions statiques assise et debout et se plaignait d'un sommeil perturbé par les douleurs ; l'expert concluait à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle ou toute autre sédentaire ; selon lui, il était illusoire d'envisager une quelconque réadaptation, vu l'atteinte cérébrale et la formation très rudimentaire ; il préconisait une prise en charge cognitivo-comportementale ;

- un bref rapport intermédiaire rempli le 1er décembre 2009 par le Dr F\_\_\_\_\_, faisant mention d'un état stationnaire (lombosciatalgies bilatérales chroniques sur protrusion assez marquée L4-L5 plus prononcée à gauche, status discectomie percutanée L4-L5 gauche le 12 juin 2008 pour hernie discale L4-L5, status après AVC ischémique bioccipital régressif d'origine cardio-embolique et fibrillation auriculaire anticoagulée) ;
- un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2010 constatant que dix-huit séances de traitement individuel actif n'avaient apporté aucun bénéfice et préconisant une thérapie cognitivo-comportementale ; le médecin évoquait le diagnostic d'AVC thalamique et donc la possibilité d'un syndrome douloureux d'origine centrale ;
- un bref courrier rédigé le 9 février 2010 par le Dr F\_\_\_\_\_, indiquant à l'OAI que l'assuré avait été examiné à la consultation de la douleur début janvier et que la thérapie cognitivo-comportementale préconisée par les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ avait débuté ;
- un rapport rédigé le 29 mars 2010 par le Dr N\_\_\_\_\_, expliquant qu'un nouveau bilan neuropsychologique avait montré des troubles d'apathie et de dysfonctionnement exécutif ; le patient souffrait surtout de douleurs lombaires (syndrome vertébral assez important avec signes d'irritation radiculaire L5-S1 à gauche et hypoesthésie dans le territoire algique) ; le médecin indiquait que, bien qu'il soit difficile de faire la part des choses entre atteinte centrale et périphérique, les douleurs encore présentes étaient selon lui plutôt en lien avec une atteinte mécanique lombaire ;
- un rapport du même médecin 25 mai 2010 concluant à un AVC bi-occipital régressif d'origine cardio-embolique, à une hernie discale lombaire avec syndrome radiculaire bilatéral L5-S1 et à une fibrillation auriculaire anti-coagulée ; ce rapport mentionnait également, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un ancien tabagisme ; selon le médecin, l'activité exercée jusqu'alors par l'assuré n'était plus exigible ; une amélioration de la capacité de travail était possible mais conditionnée à celle de la symptomatologie ;
- un rapport de sortie rédigé le 9 août 2010 par les doctoresses P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, du service de neurologie des HUG, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé le 30 juin 2010 pour une infiltration foraminale qui l'a soulagé, mais de manière temporaire seulement ;
- un rapport de polysomnographie du docteur R\_\_\_\_\_, neurologue, mettant en évidence la présence d'un syndrome moyen d'apnées du sommeil et préconisant un traitement par appareil de pression positive des voies aériennes (CPAP) ;
- un rapport d'examen électroneuromyographique (ENMG) du 23 août 2010 concluant à des signes de dénervation aiguë et réinervation chronique dans le muscle jumeau interne gauche (myotome S1-S2), compatibles, compte tenu du contexte clinique, avec une radiculopathie S1 gauche pour le moins ;

- le rapport d'expertise rendu le 17 janvier 2011 par le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation et médecin auprès du SMR, retenant à titre de diagnostic invalidant des lombosciatalgies gauches, non déficitaires dans un contexte de status post-discectomie L4-L5 gauche, avec persistance d'une protrusion médiane ; le rapport mentionnait également, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un status post-AVC, une composante de fond de type fibromyalgie, une obésité de classe 1, un status post fibrillation auriculaire et un syndrome d'apnées nocturnes du sommeil traité ; l'expert a souligné que l'importance du ressenti douloureux ne pouvait s'expliquer par la discopathie lombaire ; il a cependant retenu à titre de limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire l'impossibilité des positions en porte-à-faux, des mouvements répétés en flexion-extension, de la position statique debout plus de 30 minutes, du port de charges répété de plus de 10 kg ou occasionnel de plus de 15 kg et de la position assise plus d'une heure ; sur le plan thymique, l'expert n'a relevé ni perte d'élan, ni tristesse ; l'assuré disait d'ailleurs ne pas avoir besoin d'un suivi psychiatrique ; il avait été mis un terme à la thérapie cognitivo-comportementale en 2010, après neuf séances ; l'expert concluait en définitive à une totale incapacité de travail dans l'activité de maçon depuis le 16 avril 2008 en raison des lombosciatalgies gauches dans le contexte d'une hernie discale ; en revanche, selon lui, l'exercice d'une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles décrites était exigible à plein temps depuis la stabilisation du cas, c'est-à-dire depuis août 2009 ;
- l'avis émis le 27 janvier 2011 par le docteur T\_\_\_\_\_, du SMR, se rangeant aux conclusions du Dr S\_\_\_\_\_ ;
- le rapport rendu le 20 décembre 2011, à l'issue de la mesure d'orientation professionnelle ordonnée par décisions des 30 mai et 26 septembre 2011 (prise en charge des frais d'orientation professionnelle auprès de l'Atelier d'intégration professionnelle [AIP] du 23 mai au 23 décembre 2011) et ayant pour objectif d'identifier des cibles professionnelles susceptibles de convenir à l'assuré et de lui proposer une réintégration professionnelle adéquate ; dans ce cadre, l'assuré a effectué plusieurs activités, notamment des travaux dans les domaines de la conciergerie, de l'ébénisterie, du dessin technique, de la peinture, de la soudure, de la mécanique, du vitrail et de l'informatique ; l'AIP a constaté, au terme de cette mesure de six mois, que l'assuré n'en avait pas profité pour investir et mettre en place un nouveau projet professionnel ; il s'était beaucoup reposé sur la structure, était resté très en retrait et n'avait pris ni initiative, ni décision, pas plus qu'il n'avait fait de propositions pour son futur ; il était resté focalisé sur ses limitations fonctionnelles ; l'AIP soulignait l'importance pour l'assuré de continuer à être en activité pour garder un rythme dans le but de continuer à évoluer ;
- un extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assuré faisant apparaître un revenu annuel de CHF 64'772.- en 2007 et de CHF 17'387.- en 2008.

5. Le 3 octobre 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, recours qu'il a finalement retiré, ce dont il a été pris acte par arrêt du 31 janvier 2013 (ATAS/95/2013).
6. Le 26 août 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant sa hernie et une fibrillation auriculaire présentes depuis avril 2008.
7. L'OAI en a accusé réception par courrier du 27 août 2014, en attirant l'attention de l'assuré sur le fait que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il établissait de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer son droit aux prestations.
8. Ont alors été versés au dossier :
  - un rapport du docteur U\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie des HUG, du 17 octobre 2012, décrivant un patient très algique au status neurologique, avec un syndrome vertébral avec contracture musculaire gauche, une distance doigt-sol à plus de 50 cm, une limitation de la mobilité lombaire dans tous les axes, une force conservée aux membres inférieurs - hormis une diminution de l'inversion et éversion du pied à 4/5 à gauche -, une irritation radiculaire avec un Lasègue positif à gauche à 45° et des réflexes ostéotendineux hypovifs mais symétriques ;
  - un rapport émis par ce même médecin le 15 novembre 2012, indiquant que la dernière IRM, réalisée en octobre 2012, montrait une sténose foraminale L4-L5 gauche pouvant comprimer l'émergence de la racine L5 gauche et de moindre mesure en L4-L5 à droite ; le médecin qualifiait les douleurs décrites par le patient de mal systématisées pour l'atteinte objectivée et préconisait une infiltration et un ENMG ;
  - des certificats médicaux relatifs aux mois de janvier à novembre 2013 du docteur V\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, attestant d'une capacité de travail de 50% ;
  - un rapport du Dr U\_\_\_\_\_ du 12 février 2013, décrivant un patient très algique à l'examen clinique mais sans déficit notable, ni diminution de la sensibilité sur le pied gauche, et un ENMG ne montrant aucune lésion radiculaire ;
  - un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 2 juillet 2014 expliquant qu'à l'examen neurologique, des douleurs étaient notées à la palpation et à la percussion de la colonne lombaire basse et de la région para-vertébrale gauche, sans contractures de la musculature para-vertébrale ; était notée une discrète parésie à 4/5 dans plusieurs segments musculaires de la jambe gauche, probablement liée aux douleurs, ainsi qu'une hypoesthésie dans le dermatome L5 gauche ; la marche était ralentie avec une boiterie antalgique, celle sur les talons et les pointes était exécutée correctement mais douloureuse ; les médecins concluaient à un syndrome radiculaire L5 gauche, discrètement déficitaire sur hernie discale L4-L5 gauche avec conflit radiculaire L5 gauche ; ils notaient des symptômes présents depuis 2008 et réfractaires à tous les traitements ;
  - un rapport de sortie du service de neurochirurgie des HUG daté du 8 août 2014, suite à une hospitalisation pour des lombosciatalgies gauches du 24 au 30 juillet 2014 pour

lesquelles il a subi une fenestration inter-lamaire L4-L5 gauche, une foraminotomie L5 gauche, une récessotomie L5 gauche et un "shrinking" herniaire L4-L5 gauche ; le diagnostic retenu à titre principal était celui de discopathie dégénérative L4-L5 médiane entraînant un rétrécissement récessal bilatéral, prédominant à gauche ; une totale incapacité de travail était attestée pour six semaines ;

- un rapport rédigé le 3 septembre 2014 du Dr V\_\_\_\_\_, faisant état d'un AVC en 2009, d'une hypertension artérielle et d'une hernie discale L4-L5 ; le médecin expliquait que son patient, très motivé, désirait une réinsertion sociale avec l'aide de l'assurance-invalidité suite à l'évolution favorable de ses douleurs lombaires ;
  - un rapport de consultation postopératoire du docteur W\_\_\_\_\_, neurochirurgien, daté du 17 septembre 2014, mentionnant que l'assuré rapportait une amélioration au niveau de ses douleurs suite à l'intervention chirurgicale mais des douleurs persistantes au niveau du dermatome S1, supportables sous médication ; le médecin faisait état d'une sensibilité et d'une force intactes dans les membres inférieurs ;
  - un rapport d'examen IRM de la colonne lombaire du 3 décembre 2014 excluant tout conflit radiculaire S1 gauche et ne mettant en évidence aucune récurrence de la hernie discale ;
  - un rapport du docteur X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 15 décembre 2014 diagnostiquant une lomboradiculalgie L5 gauche récidivante avec fibrose postopératoire après fenestration L4-L5 gauche, indiquant avoir réalisé une infiltration périradiculaire L5 gauche en date du 12 décembre 2014 ;
  - un rapport adressé le 17 décembre 2014 à l'OAI par le Dr V\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 50% en expliquant que, malgré une fenestration interlaminaire L4-L5, son patient souffrait toujours des douleurs lombaires ; selon lui, l'exercice d'une activité légère, sans port de charges, permettant d'alterner les positions et d'éviter les agenouillements restait toutefois possible à 50%, et ce, depuis le 1er janvier 2015.
9. Par décision du 26 janvier 2015, l'OAI a refusé l'octroi de toute mesure de réadaptation d'ordre professionnel à l'assuré.
10. Le 23 juillet 2015, la doctoresse Y\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que les lombosciatalgies gauches chroniques présentes depuis 2008 avaient déjà été constatées lors de l'expertise réalisée en 2010. Pour le reste, elle a constaté qu'une nouvelle intervention avait été réalisée le 25 juillet 2014, dont les suites avaient été simples et qu'elle avait permis une amélioration transitoire des douleurs, jusqu'en septembre 2014, date à compter de laquelle l'assuré s'était à nouveau plaint de lombosciatalgies gauches, sans déficit neurologiques, ni lésions radiculaires. Le médecin du SMR a émis l'avis que ces douleurs séquellaires étaient à mettre en lien avec les remaniements fibreux postopératoires au niveau L4-L5, constatés à l'examen IRM du 3 décembre 2014, mais sans récurrence de hernie, ni conflit radiculaire.

Elle a considéré que la symptomatologie et les limitations fonctionnelles restant identiques à celles objectivées lors de l'expertise rhumatologique effectuée en 2010, les conclusions restaient inchangées : l'activité de maçon n'était plus exigible depuis avril 2008, mais l'assuré avait recouvré, depuis août 2009, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

La Dresse Y\_\_\_\_\_ a expliqué ne pouvoir se ranger à l'avis du Dr V\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré n'aurait conservé qu'une capacité de 50% dans l'activité de maçon, dont elle a fait remarquer qu'elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles retenues.

11. Le 31 juillet 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations au motif que la situation était demeurée inchangée depuis sa décision du 31 août 2012.

12. Par pli du 27 août 2015, l'assuré a contesté ce projet.

À l'appui de sa position, il a produit un rapport du Dr V\_\_\_\_\_ dans lequel ce médecin explique appuyer la demande de reconversion de son patient, dans le but d'une réinsertion sociale, affective et physique, qui tiendrait compte des limitations fonctionnelles retenues. Le médecin affirme que l'assuré, même dans une autre profession que la sienne, reste limité « dans le positionnement, les douleurs, les flexions extensions ». Selon lui, « une invalidité à 50% même dans une autre profession est plus que probable ».

13. Le 10 novembre 2015, la Dresse Y\_\_\_\_\_ a confirmé sa position.

14. Par décision du 12 novembre 2015, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, au motif que la situation était demeurée inchangée du point de vue du degré d'invalidité.

15. Par écriture du 10 décembre 2015, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il soutient qu'il ne peut travailler à plus de 50%, quelle que soit l'activité envisagée.

16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 janvier 2016, a conclu à l'irrecevabilité du recours, motif pris que le recourant ne désigne pas la décision attaquée, qu'il se contente d'indiquer le taux de son incapacité de travail et que l'acte de recours ne comporte aucun exposé des faits et des motifs du recours.

17. L'assuré, désormais représenté, a conclu par écriture du 8 février 2016 principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à celui d'une demi-rente.

Le recourant explique qu'il met en valeur sa capacité résiduelle de travail en exerçant une activité de nettoyeur à raison de deux heures par jour. Selon lui, sa fatigabilité ne lui permet pas de reprendre une activité à plus de 50%.

Il ajoute rester dans l'attente de certificats médicaux supplémentaires requis auprès de ses différents médecins.

À l'appui de sa position, le recourant produit un courrier rédigé le 1<sup>er</sup> février 2016 par le Dr V\_\_\_\_\_, dont il ressort en substance que son patient souffre depuis son opération de douleurs séquellaires qui limitent sa capacité de travail, malgré plusieurs infiltrations, qu'il ne peut pratiquer son ancien métier et qu'il est limité dans le port de charge lourdes. Le médecin émet l'avis que, même dans une activité adaptée, la capacité de travail est limitée à 50% en raison de la fatigabilité liée aux douleurs dorsales mais également d'un point de vue neurologique et psychologique.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, par pli du 7 mars 2016, a fait remarquer que le courrier du Dr V\_\_\_\_\_ n'était pas documenté médicalement. Dès lors, il a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a. Selon l'art. 61 let b LPGA, repris à l'art. 89B al. 3 LPA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté.

Cette disposition - applicable d'office - découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte en question (arrêt 8C\_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 et les références). Il suffit que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_761/2015 du 3 mai 2016). Ainsi, les conclusions doivent être interprétées, selon le principe de la confiance, à la lumière de la motivation, et l'interdiction du formalisme excessif commande de ne pas se montrer trop strict dans la formulation si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant (arrêt 2C\_986/2013 du 15 septembre 2014 consid. 2.2, citant les arrêts 4A\_688/2011 consid. 2 non publié in ATF 138 III 425 et 4A\_375/2012 consid. 1.2 non publié in ATF 139 III 24).

L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'obtenir la modification de la décision attaquée ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 292/02 du 17 décembre 2002 consid. 4).

b. En l'espèce, il ressortait de l'écriture du 10 décembre 2015 que l'assuré contestait la décision de refus d'octroi de prestations du 12 novembre 2015, dans la mesure où il alléguait que son incapacité de travail s'élevait à 50%, quelle que soit l'activité envisagée, alors que l'intimé avait retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dès lors, on pouvait aisément comprendre les motifs du recours, à savoir la détermination erronée du degré d'invalidité. En contestant la décision litigieuse, le recourant entendait clairement demander l'annulation de ladite décision et requérait l'octroi d'une prestation de l'AI. L'on pouvait dès lors aisément déduire les conclusions, qui ressortaient implicitement de l'acte de recours.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 10 décembre 2015, complété le 8 février 2016, contre la décision de l'intimé du 12 novembre 2015, est par conséquent recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

3. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité.
4. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
- b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens des droits des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Ainsi, en cas de nouvelle demande de prestations ou de procédure de révision, le changement de circonstances ne peut être qualifié d'important que s'il influence le degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_809/2009 du 15 mars 2010 consid. 3). Les conditions d'entrée en matière prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

6. 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.

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 particulier, si des rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

---

pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C\_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

8. En l'occurrence, il convient d'examiner si la situation médicale s'est péjorée depuis le refus de prestation formulé le 31 août 2012, de manière à influencer la capacité de travail de l'assuré. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 31 août 2012 à ceux prévalant au moment de la décision querellée, rendue le 26 janvier 2015.

En août 2012, l'intimé avait rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que si celui-ci était certes dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle, il avait recouvré, dès décembre 2008, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ces conclusions se basaient sur l'expertise réalisée le 17 janvier 2011 par le Dr S\_\_\_\_\_, lequel avait admis l'existence de limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire : éviter les positions de porte-à-faux, les mouvements répétés en flexion-extension, la position statique debout plus de 30 minutes, le port

répété de charges de plus de 10 kg ou occasionnel de plus de 15 kg et la position assise plus d'une heure. En définitive, l'expert avait admis une totale incapacité à exercer la profession de maçon en raison de lombosciatalgies gauches dans le contexte d'une hernie discale. En revanche, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles décrites était exigible à plein temps depuis la stabilisation du cas, soit depuis août 2009.

À l'époque, les différents rapports médicaux versés au dossier faisaient état d'une dessiccation au niveau de l'espace inter-somatique L4-L5 accompagnée d'une protrusion discale sans véritable conflit disco-radicaire L4-L5, de discrètes lésions dégénératives des articulations interapophysaires postérieures, d'une dystrophie osseuse modérée, d'une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures, d'une fibrillation auriculaire, de quelques difficultés attentionnelles ainsi que d'un léger dysfonctionnement exécutif, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique bi-occipital régressif survenu en mai 2009 (tout en précisant que, d'un point de vue strictement cardio-vasculaire, l'activité habituelle restait malgré tout exigible à plein temps et sans diminution de rendement) et d'un possible épisode dépressif concomitant. À l'époque déjà, le Dr M\_\_\_\_\_ avait exprimé l'avis qu'il était peu probable que l'assuré puisse dépasser un taux de 50% dans une activité adaptée mais l'expert s'était écarté de cette opinion.

À l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a notamment produit des rapports du Dr V\_\_\_\_\_, des 3 et 17 septembre 2014, 27 août 2015 et 1<sup>er</sup> février 2016, faisant état de l'AVC survenu en 2009, d'une hypertension artérielle, d'une hernie discale L4-L5 et d'une fenestration interlaminaire L4-L5 intervenue en 2014. Le médecin précise que, nonobstant cette intervention, son patient souffre toujours de douleurs lombaires séquellaires. Il certifie que l'assuré ne peut plus pratiquer son ancien métier et estime que sa capacité de travail, même dans une activité adaptée, reste limitée à 50%, en raison de la fatigabilité liée aux douleurs dorsales mais également d'un point de vue neurologique et psychologique. L'activité adaptée doit, selon lui, consister en une activité légère, sans port de charges lourdes, alternant les positions et évitant les agenouillements.

Le Dr U\_\_\_\_\_ évoque quant à lui un syndrome vertébral avec contracture musculaire gauche et limitation de la mobilité lombaire mais une force conservée aux membres inférieurs. Une nouvelle IRM, réalisée en octobre 2012, montre une sténose foraminale L4-L5 gauche pouvant comprimer l'émergence de la racine L5 gauche. Ce médecin, en février 2013, a précisé que si le patient restait très algique à l'examen clinique, il n'y avait ni déficit notoire, ni diminution de la sensibilité sur le pied gauche ; un ENMG n'avait montré aucune lésion radicaire.

Les HUG ont conclu quant à eux à un syndrome radicaire L5 gauche, discrètement déficitaire sur hernie discale L4-L5 gauche avec conflit radicaire L5 gauche en précisant que les symptômes étaient présents depuis 2008.

Force est de constater que la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la nouvelle décision de refus de l'intimé est semblable à ce qu'elle était au moment du premier refus de prestations.

Il n'est en particulier fait mention d'aucun nouveau diagnostic et, surtout, d'aucune nouvelle limitation fonctionnelle.

Le Dr V\_\_\_\_\_ justifie l'incapacité de travail de son patient par son état neurologique et psychologique. Or, du point de vue neurologique, aucune nouvelle atteinte n'a été mise en évidence. Quant au plan psychique, force est de constater que les allégations du médecin traitant - au demeurant non spécialisé en la matière - ne sont ni argumentées ni étayées. Qui plus est, il n'y a eu ni prise en charge psychiatrique, ni hospitalisation dans un établissement spécialisé, ni même traitement médicamenteux sur ce plan.

Le Dr V\_\_\_\_\_, en retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ne fait donc que substituer sa propre appréciation à celle du Dr S\_\_\_\_\_, laquelle a donné lieu à une décision désormais entrée en force. À cet égard, on rappellera qu'une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août consid. 4.1). En l'espèce, l'expert avait déjà conclu en 2011 à la possibilité d'exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles.

En définitive, la situation demeure donc inchangée, les lombosciatalgies gauches chroniques étant déjà connues au moment du refus initial de prestations. À l'heure de la seconde demande, aucune atteinte physique nouvelle n'est évoquée. La situation médicale du recourant ne s'est dès lors pas péjorée de manière à influencer sa capacité de travail. Quant aux troubles psychiques rapidement évoqués par le médecin traitant, tout porte à croire qu'ils sont insuffisamment marqués pour avoir des conséquences sur la capacité de travail de l'intéressé.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations formulée par le recourant. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, est rejeté.

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

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI n'est pas gratuite. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge du recourant.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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