

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/496/2015

ATAS/878/2015

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

**Arrêt du 12 novembre 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Le 24 mars 2005, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1963, a été victime d'une fracture de l'apophyse épineuse de la vertèbre C7 et n'a plus repris depuis lors son activité de maçon plâtrier.
2. Le cas a dans un premier temps été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après SUVA), jusqu'au 31 août 2005 (cf. décision de la SUVA du 12 octobre 2005, confirmée sur opposition le 22 mai 2006 puis, sur recours, par le Tribunal cantonal des assurances sociales en date du 28 novembre 2008 [ATAS 1392/2008], au motif qu'au-delà du 31 août 2005, le lien de causalité entre les troubles encore présents et l'accident devait être nié).
3. Le 17 janvier 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui, par décision du 4 novembre 2008, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1<sup>er</sup> mars 2006 au 29 février 2008.

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

- un avis émis par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel l'état de santé de l'assuré était parfaitement compatible avec l'exercice de son métier de plâtrier et un arrêt de travail de six mois était largement suffisant pour permettre sa guérison (cf. rapport du 21 septembre 2005) ;
- un rapport de la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, déclarant son patient apte au travail à plein temps dès le 1er septembre 2005 ;
- un rapport du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin répondant à la permanence médico-chirurgicale des Acacias, attestant d'une incapacité totale de travail au-delà du 1er septembre 2005 ;
- un rapport rédigé le 14 décembre 2006 par des médecins du Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), concluant à des cervicalgies sur pseudarthrose de l'apophyse épineuse C7, à une protrusion discale C6-C7 à droite et C5-C6 à gauche et à une discopathie cervicale multi-étagée C5-C6, sévère au niveau C6-C7 ; le patient décrivait une douleur de 8/10 (avec des minima à 4/10 et des maxima à 10/10) ;

- un rapport du docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG, du 16 janvier 2007, indiquant que la symptomatologie était sans doute en rapport avec la pseudarthrose de C7 (vu les douleurs en hyperextension de la colonne cervicale); le Dr E\_\_\_\_\_ émettait l'avis que l'exercice de l'activité de plâtrier n'était plus envisageable dans la mesure où cette profession impliquait des mouvements répétés en flexion et extension et en hyperextension de la colonne cervicale ;
- un rapport établi le 12 mars 2007 par le même médecin, attestant d'un état de santé stationnaire et préconisant d'éviter les flexions et extensions de la colonne cervicale ; la douleur persistait mais était soulagée par des calmants et le port d'une minerve ; l'incapacité de travail était totale, quelle que soit l'activité ; l'assuré ne pouvait rester debout ou assis plus d'une heure par jour et devait alterner les positions; la position à genoux était exclue et le périmètre de marche limité à 200 mètres; en outre, il fallait éviter tout port de charges, les mouvements des membres ou du dos, le travail en hauteur et les horaires irréguliers ;
- un avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 mars 2007 confirmant une totale incapacité de travail depuis le 24 mars 2005 et ce, quelle que soit l'activité envisagée ;
- un rapport d'expertise du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation et médecin auprès du service médical régional AI (SMR), daté du 17 mars 2008, relatant que l'assuré se plaignait d'une douleur cervicale basse irradiant au niveau de l'épaule et du coude droits, augmentant en rotation droite et à la marche, et d'une incapacité à rester assis plus de trente minutes ou à marcher plus d'un quart d'heure ; l'expert retenait les diagnostics de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose C5-C6, C6-C7 et de pseudarthrose de l'apophyse épineuse de C7 ; il mentionnait également, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une composante douloureuse de type fibromyalgique et une obésité de classe I ; à l'examen, l'expert avait constaté une diminution des mouvements de la nuque, prédominant en rotation droite et en flexion, sans toutefois que l'assuré n'adopte d'attitude antalgique, une vitesse de marche légèrement limitée, mais particulièrement ralentie lorsque la marche était analysée spécifiquement ; le status neurologique n'avait pas montré de signes de compression ou d'irritation radiculaire ; les nombreux lâchages au testing musculaire des membres supérieurs ne trouvaient pas d'explication neurologique ou douloureuse ; la mobilisation de la nuque ne déclenchait pas de ressaut au niveau de l'épineuse de C7 et la palpation était diffusément douloureuse au niveau du rachis cervical, s'étendant jusqu'à la jonction dorsolombaire ; le

dossier radiologique montrait une pseudarthrose au niveau du processus épineux de C7, avec un léger déplacement caudal de 25%, sans évolution sur les différents clichés ; une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée en février 2006 n'avait pas montré de signe inflammatoire au niveau de la pseudarthrose ; des troubles dégénératifs du rachis cervical bas, sous forme d'une discarthrose en C5-C6 et C6-C7 étaient relevés, qualifiés de modérés, dans la mesure où les trous de conjugaison étaient libres et où il n'y avait pas d'hernie discale visible ; le Dr F\_\_\_\_\_ concluait que si la pseudarthrose au niveau de C7 et les troubles dégénératifs du rachis cervical bas pouvaient expliquer une partie des symptômes décrits par l'assuré, il existait en revanche une discordance importante entre ses allégations et les constatations radio-cliniques objectivables ; l'impression d'instabilité dont se plaignait l'intéressé - qui disait ressentir des ressauts au niveau de ses articulations - n'avait été confirmée ni par l'examen clinique, ni par les radiographies fonctionnelles ; l'expert concluait à l'absence de gravité des lésions, au motif, notamment, qu'il n'y avait ni composante inflammatoire au niveau de C7, ni aggravation du léger déplacement du fragment distal de l'apophyse épineuse, ni radiculalgie irritative ou signe en faveur d'une myélopathie cervicale ; selon lui, l'assuré sous-estimait ses capacités ; il convenait toutefois d'éviter les activités exigeant des mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, les rotations rapides, le travail prolongé en extension de la nuque, le port de charges de plus de 10 kg (ou 4 kg à bras tendus) et les positions statiques (assise au-delà d'une heure, debout au-delà de 20 minutes) ; en définitive, l'incapacité à exercer l'activité de plâtrier, physiquement contraignante, était reconnue ; en revanche, d'un point de vue médico-théorique, l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations décrites était exigible à plein temps depuis décembre 2007, soit depuis la fin de la prise en charge par les HUG ;

- un rapport établi le 15 juin 2008 par le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, concluant à un état dépressif réactionnel aux douleurs depuis 2005, sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de son patient ;
- un rapport complémentaire de ce même médecin du 13 mai 2008, émettant l'avis qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une hospitalisation en psychiatrie et que si le patient avait par le passé souffert d'une réelle détresse, il avait pu observer, lors de la dernière consultation - qui remontait au 10 mai 2008 - une amélioration de l'humeur, un effet antalgique de l'antidépresseur prescrit et une diminution de la tension psychique ; selon le médecin, les limitations fonctionnelles psychiatriques venaient au second plan (derrière le handicap somatique) et la capacité de travail sur le plan psychique était de 100% ; il fallait

néanmoins tenir compte du fait que l'assuré était limité par son état dépressif, lequel était cependant susceptible d'évoluer dans la mesure où il était entièrement réactionnel aux troubles somatiques et à la perte de gain subie par l'assuré.

4. Saisi d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 27 janvier 2011 (ATASE/83/2011), à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2008, soutenant que les séquelles de son patient ne lui permettaient pas de reprendre son travail, ou toute autre activité adaptée dans un futur proche, compte tenu de sa formation et de ses compétences professionnelles ;
- un rapport établi le 15 avril 2009 par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG, après une consultation spécialisée du rachis en date du 14 avril 2009, concluant à des rachialgies chroniques autour de la vertèbre C7 dans un contexte de pseudarthrose de l'épineuse postérieure ; ce médecin décrivait l'assuré comme se trouvant dans un bon état général, avec une surcharge pondérale, présentant de nombreux comportements douloureux de protection et une palpation rachidienne globalement douloureuse mais prédominant au niveau des cervicales ; il relevait par ailleurs 13 points de fibromyalgie positifs sur 18 ;
- l'audition, en date du 17 septembre 2009, du Dr D\_\_\_\_\_, déclarant n'avoir constaté aucune amélioration de l'état de son patient à la fin de l'année 2007, mais, au contraire, une aggravation progressive avec l'apparition, notamment, d'une raideur localisée à l'emplacement de la fracture et de problèmes au niveau des membres supérieur puis inférieur gauches ;
- l'audition du Dr H\_\_\_\_\_, constatant que l'amplitude des mouvements au niveau cervical était pratiquement réduite à néant, en ce sens que les mouvements n'étaient possibles qu'à raison d'une dizaine de degrés dans chacune des directions testées ; selon le témoin, la capacité de travail était de 0%, quelle que soit l'activité envisagée : s'il pouvait certes, de temps à autre, porter une charge et effectuer un certain nombre de gestes au quotidien, il ne remplissait sans doute plus les critères d'employabilité sur le marché du travail normal ; il était même douteux qu'il puisse travailler en atelier protégé ; quant à savoir si l'aggravation était due aux douleurs ou à des éléments objectifs, le témoin a expliqué que l'assuré avait été incité à limiter ses mouvements par crainte d'aggraver son état, ce qui avait entraîné une augmentation des contractures musculaires, engendrant elle-même une dégradation du système musculo-squelettique et, en définitive, une augmentation et une diffusion des douleurs ;

- un courrier rédigé le 27 octobre 2009 par le Dr E\_\_\_\_\_, précisant avoir constaté, en février 2009, une modification des douleurs : jusqu'alors très localisées, elles s'étendaient désormais aux membres inférieurs et supérieurs, avec des douleurs cervicales extrêmement diffuses et une raideur encore plus importante qu'auparavant, de sorte que la symptomatologie dépassait le cadre strict de la pseudarthrose d'épineuse C7 ; le médecin confirmait que le patient avait somatisé de manière importante et craignait le mouvement, ce qui avait empêché toute prise en charge thérapeutique efficace ; loin de constater une amélioration de l'état de santé du patient à la fin de l'année 2009, il avait au contraire noté une péjoration par rapport à 2006 ou 2007 ; quant à la capacité résiduelle de travail, elle était sans doute proche de zéro, vu les douleurs et la somatisation ;
- une expertise judiciaire du docteur Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a rendu son rapport en juillet 2010 ; une IRM cervicale a montré une dégénérescence discale étagée avec discarthrose C5-C6, plus prononcée en C6-C7, une discrète uncarthrose C3-C4 à prédominance gauche, une protrusion discale C5-C6 et C6-C7 sans image d'hernie, une uncarthrose avec rétrécissement relatif du canal radiculaire C5-C6 à droite, une arthrose des masses latérales en C7-D1, un status post-fracture de l'apophyse épineuse de C7, sans déplacement significatif et une scoliose cervicale à convexité gauche ; l'assuré se plaignait alors de cervicalgies irradiant jusqu'à l'occiput, aux membres supérieurs et dans tout le membre inférieur gauche, augmentant au moindre effort ; le status somatique avait révélé que l'assuré se déplaçait et montait et descendait les escaliers, s'habillait et se déshabillait sans difficultés ; l'examen neurologique n'avait révélé aucun trouble de l'équilibre à la marche ; la force était présente et symétrique aux quatre membres ; il n'y avait aucun trouble de la sensibilité profonde ou superficielle ; la recherche de points de fibromyalgie s'était révélée négative ; le Dr I\_\_\_\_\_ a souligné que l'IRM pratiquée était superposable aux anciens examens et ne mettait pas en évidence d'aggravation : la pseudarthrose était stable et il n'y avait pas d'atteinte de la moelle épinière ; il n'y avait donc pas d'atteinte de la colonne cervicale pouvant expliquer l'apparition, en 2008, de douleurs dans les deux bras et dans la jambe gauche ; l'examen clinique révélait des signes de non-organicité ; l'impossibilité de bouger la tête ne pouvait être expliquée par la fracture de l'épineuse de C7, puisque les rotations se faisaient au niveau des 1ère et 2ème vertèbres cervicales ; la fracture était d'ailleurs stable ; les douleurs dans la nuque décrites par l'assuré lorsqu'il lui soulevait la jambe ou mobilisait la hanche étaient anatomiquement impossibles ; les signes de non-organicité associés à la non-amélioration de l'état clinique et même à son aggravation évoquaient une composante

psychiatrique, que l'expert, spécialisé en rhumatologie, ne pouvait évaluer ; étaient finalement retenus les diagnostics de cervicalgies chroniques sur une fracture de l'apophyse épineuse de C7 (suite à l'accident de mars 2005) et sur une cervicarthrose C5- C6 et C6-C7 (sévère) et une capacité de 0% dans l'activité de plâtrier-peintre mais de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter tous mouvements de flexion ou d'extension de la nuque, le travail prolongé en extension de la nuque, le soulèvement de charges bras tendus au-delà de 4 kg et le port de charges au-delà de 10 kg et ce, depuis décembre 2007 ; selon l'expert rhumatologue, d'un point de vue objectif, il n'y avait pas eu d'aggravation depuis mars 2008 et si nouvelle atteinte il y avait, elle était d'ordre psychiatrique ; la capacité de travail ne pouvait être améliorée d'un point de vue rhumatologique.

Constatant que l'assuré rencontrait certaines limitations fonctionnelles pouvant rendre la recherche d'un emploi plus difficile, la Cour a confirmé la décision de l'OAI en tant qu'elle prévoyait la possibilité pour l'intéressé de bénéficier d'une mesure d'aide au placement sur demande motivée.

5. Par courrier du 3 février 2011, l'assuré, se prévalant de cette possibilité, a formellement demandé à l'OAI une mesure de soutien actif en sa faveur.
6. L'OAI lui a alors accordé une orientation professionnelle en vue de son placement en entreprise auprès des Établissement publics pour l'intégration à Genève (ci-après : ÉPI), du 12 décembre 2011 au 18 mars 2012.
7. Dans leur rapport du 11 mai 2012, les ÉPI ont considéré que si, théoriquement, l'assuré pouvait être réadapté à plein temps, le stage n'avait permis de constater qu'une capacité de travail à temps partiel (50%), avec des rendements trop faibles pour intéresser le monde économique usuel. En effet, selon ce qu'avait montré l'assuré, ses capacités physiques étaient incompatibles avec des activités légères et pratiques dans un milieu industriel, en position assise ou debout, laissant la possibilité d'alterner les positions et/ou de faire de courtes déambulations dans l'atelier pour se détendre : même dans ces conditions, l'assuré n'était pas parvenu à réaliser des rendements exploitables. Il s'était montré démonstratif et plaintif durant tout le stage, s'était plaint d'inconforts très fréquents mais n'avait malgré tout jamais manqué un jour.

Il a été expliqué que la capacité d'apprentissage de l'intéressé était lente et limitée à des activités simples. Son niveau de mémorisation visuelle était faible, de même que sa capacité d'attention. Le niveau de scolarité et l'intégration linguistique étaient limités. De plus, l'assuré n'avait pas les prédispositions nécessaires pour acquérir de nouvelles connaissances. Il restait dépendant d'un contrôle fréquent et les délais n'étaient jamais respectés. Le potentiel montré était limité à des activités manuelles simples et répétitives. Seule une mise au courant pratique basée sur la répétition et/ou la démonstration était possible. Au surplus, l'assuré semblait peu

motivé à retrouver une activité à plein temps, s'attendait à une réparation de la part de la société, était peu ouvert aux nouvelles technologies et manquait de polyvalence. Il s'était montré peu engagé, même dans des activités simples et répétitives (pce 110 OAI).

8. Le 25 juin 2012, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI en a tiré la conclusion que les pistes professionnelles suivantes pouvaient être retenues : ouvrier dans le conditionnement léger ou dans l'assemblage. Il a été constaté que, d'un point de vue médical, l'état de santé de l'assuré ne permettait pas une intégration professionnelle dans l'économie normale, raison pour laquelle le mandat de placement a été clôturé en laissant la possibilité à l'assuré de déposer une nouvelle demande de prestations pour éléments médicaux nouveaux (pce 111 OAI).
9. Le 27 janvier 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, en invoquant une pseudarthrose de l'épineuse C7, une discopathie cervicale multi-étagée, des cervicalgies chroniques et une dépression résistante et en se référant expressément à la prise de position de la division de réadaptation du 25 juin 2012. Selon lui, une aggravation de son état de santé était survenue, dont il voulait pour preuve les conclusions du rapport de stage des ÉPI.
10. Le 17 juin 2013, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a rédigé un bref certificat médical alléguant une aggravation de l'état de son patient depuis 2008, décrites de la manière suivante : les différentes thérapies à but antalgique n'avaient pas donné de résultats probants ; les cervicalgies étaient plus intenses et on notait l'apparition d'une symptomatologie de type « NCB » à droite ; il y avait également perte de mobilité cervicale et faiblesse musculaire au niveau des membres supérieurs, avec abduction limitée à droite ; sur le plan psychologique, la dépression était résistante, entretenue par la pathologie douloureuse, la précarisation et la perte de statut ; cet état dépressif s'accompagnait d'une dévalorisation, d'une irritabilité, d'une anxiété fluctuante, d'un état de désespérance, d'une « impotentia » et d'une « douleur morale » ; s'y ajoutaient des troubles du sommeil.
11. Dans un bref rapport établi le 3 juin 2013, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état de douleurs et d'une rigidité cervicales. Il a mentionné les diagnostics de pseudarthrose de l'épineuse C7 post-traumatique, de discopathie cervicale multi-étagée et de cervicalgies chroniques. Le médecin a émis l'avis que, compte tenu de sa formation et de ses compétences, son patient était dans l'incapacité totale de travailler.
12. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au SMR, et plus particulièrement à la doctoresse I\_\_\_\_\_, qui, le 4 mars 2014, a considéré que les médecins traitants n'avaient évoqué aucun élément objectif suggérant une aggravation sur le plan somatique : l'assuré s'était en effet toujours plaint de douleurs maximales et avait mis en avant une raideur et une quasi-immobilité cervicales qui étaient donc déjà connues. Le médecin du SMR cependant ajouté que, dans un contexte de processus douloureux chronique avec des discordances et compte tenu du fait que l'aspect

psychiatrique n'avait jamais été évalué en bonne et due forme, il convenait d'entrer en matière et de mettre en œuvre une évaluation rhumato-psychiatrique.

13. Les médecins et psychiatres traitants ont alors été réinterrogés.
14. Le Dr G\_\_\_\_\_, dans un rapport du 8 mai 2014, a confirmé son diagnostic d'état dépressif réactionnel aux douleurs depuis 2005 et a conclu à une totale incapacité de travail depuis mars 2005.
15. Le Dr D\_\_\_\_\_, dans un rapport du 30 mai 2014, a fait état d'une dépression réactionnelle aux cervicalgies chroniques, d'une rigidité cervicale et d'une totale incapacité de travail.
16. A également été versé au dossier un rapport de radiographie établi le 10 avril 2013 par le docteur J\_\_\_\_\_, concluant à un pincement discal C6-C7 avec barre ostéophytaire postérieure, à l'absence de signe indirect de canal cervical étroit, à une rupture de la solution de continuité avec ostéosclérose de l'épineuse dans son tiers médian de la vertèbre C7, d'allure traumatique ancienne, évoquant une pseudarthrose.
17. Le dossier a à nouveau été soumis à la Dresse I\_\_\_\_\_ pour avis. Le 11 novembre 2014, elle a constaté que les rapports des médecins traitants étaient restés succincts et n'apportaient pas d'élément en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé.

Sur le plan ostéo-articulaire, les derniers contrôles radiologiques ne montraient rien de nouveau, en particulier pas de signe de rétrécissement du canal cervical. La situation décrite apparaissait sans changement par rapport à celle décrite par le Dr I\_\_\_\_\_ en 2010.

Sur le plan psychiatrique, les informations du Dr G\_\_\_\_\_ du 8 mai 2014 étaient en tous points conformes à celles figurant dans son rapport médical d'avril 2008 : à l'époque déjà, il posait le même diagnostic ; les éléments subjectifs étaient et restaient prépondérants avec, au premier plan, des cervicalgies et douleurs dans les membres, dans le cadre d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie. Une précarisation était déjà rapportée. Le tribunal avait cependant confirmé le caractère réactionnel et non incapacitant du trouble dépressif.

Selon le médecin du SMR, les éléments rapportés parlaient en faveur d'un état stationnaire depuis plusieurs années, avec des éléments subjectifs au premier plan et un état dépressif réactionnel au tableau douloureux chronique, dont il faisait partie intégrante. Il n'y avait donc pas d'aggravation durable et manifeste de l'état de santé.

18. Le 21 novembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.
19. Le 3 décembre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet, auquel il a reproché de n'être pas suffisamment argumenté.

En particulier, il a reproché à l'OAI de n'avoir pas interpellé spécifiquement ses médecins et psychiatres traitants sur une éventuelle aggravation de son état de santé et rappelé que la division de réadaptation professionnelle de l'OAI elle-même avait considéré que, d'un point de vue médical, son état ne permettait pas une intégration professionnelle dans l'économie normale.

20. Dans un avis du 12 janvier 2015, le médecin du SMR a maintenu qu'aucune aggravation manifeste n'était démontrée, puisqu'aucun document médical nouveau n'avait été fourni ; les conclusions du stage effectué en 2011 n'apportaient pas d'élément dans le sens d'une aggravation ; les rapports médicaux obtenus en 2014 allaient nettement dans le sens d'un état stationnaire.
21. Par décision du 13 janvier 2015, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré en se référant à l'avis du SMR.
22. Par écriture du 13 février 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique, principalement, à l'octroi de mesures de reclassement et d'un quart de rente au moins, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

En substance, le recourant fait valoir que l'OAI lui-même a admis une aggravation de son état de santé en 2012 déjà, par le biais de son service de réadaptation.

Il se plaint d'une instruction lacunaire, ses médecins n'ayant pas été interrogés sur le point spécifique de l'évolution de son état de santé.

Il se dit par ailleurs prêt à participer à un stage d'observation et demande la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit deux nouveaux certificats rédigés le 5 février 2015 par ses médecins traitants :

- Le Dr D\_\_\_\_\_ fait état d'une « péjoration des douleurs cervicales » et du fait que son patient « présente de plus en plus une rigidité progressive de sa nuque ».
- Le Dr G\_\_\_\_\_ parle quant à lui d'un état dépressif réactionnel et précise que la situation s'est péjorée « ces derniers mois, avec notamment une anxiété, une irritabilité, une impotencia, une perte de puissance musculaire et des idées noires récurrentes avec un sentiment d'inutilité (...) une asthénie et aussi un sentiment de désespérance inquiétant ».

23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 mars 2015, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère à l'avis du SMR et, pour le surplus, s'agissant des conclusions des ÉPI, rappelle que si les informations recueillies au cours d'un stage d'observation constituent, en complément des données médicales, un élément certes utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin. Or, en l'occurrence, il

ressort des deux expertises rhumatologiques précédemment mises sur pied que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé en tire la conclusion que c'est une absence de motivation et des facteurs non médicaux (problèmes linguistiques, niveau scolaire limité et manque de dextérité) qui sont à l'origine de l'incapacité de travail. En revanche, aucun élément médical objectif ne permet de suivre les conclusions du stage quant à la détermination de la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, l'intimé rappelle que l'assuré a été décrit comme très plaintif et démonstratif, peu motivé, peu ouvert aux nouvelles technologies et manquant de polyvalence.

24. Par écriture du 22 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Selon lui, l'OAI aurait donc dû, à tout le moins, ordonner une expertise médicale indépendante.

25. Par écriture du 13 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il admet une possible augmentation subjective des douleurs mais constate qu'il n'existe en revanche aucun élément objectif en faveur d'une aggravation. Il ajoute que, le caractère réactionnel de la dépression étant admis, en l'absence de nouveau diagnostic ou de tout autre élément clinique objectif en faveur d'une modification de l'état de santé de l'assuré, les précédentes conclusions restent valables.

26. Par écriture du 9 juin 2015, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

### **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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période

postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 4 novembre 2008, au point de lui ouvrir à nouveau droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque

---

l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire 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 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

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

6. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée 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 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 (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation,

mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En l'espèce, l'examen du dossier montre que l'octroi d'une rente, limitée au 29 février 2008, se fondait sur les rapports des experts rhumatologues F\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, lesquels étaient parvenus aux mêmes conclusions, c'est-à-dire une discarthrose en C5-C6, plus prononcée en C6-C7, et une pseudarthrose en C7, entraînant une totale incapacité à exercer l'activité habituelle mais devant théoriquement permettre à l'assuré de travailler à plein temps et plein rendement dans une activité adaptée.

Du point de vue somatique, force est de constater que la situation est restée rigoureusement la même qu'à l'époque de la décision initiale : les diagnostics évoqués par le médecin traitant restent les mêmes. La seule aggravation étayée par le Dr D\_\_\_\_\_ consiste en une « péjoration des douleurs cervicales » et en une rigidité progressive de la nuque. Or, celle-ci était connue lors de la décision initiale et a été prise en compte dans les limitations définies. Quant à l'augmentation des douleurs, force est de constater qu'elle est subjective et étayée par aucune aggravation objective, les radiographies pratiquées par le Dr J\_\_\_\_\_ en avril 2013

ne montrant pas d'évolution significative, en particulier, comme l'a relevé l'intimé, aucun signe de rétrécissement du canal cervical.

Quant à l'évaluation des EPI, il convient que l'observation professionnelle est une institution de l'AI dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; ATFA I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 ; ATFA I 220/04 du 20 septembre 2004, consid. 4.2). Il n'en demeure pas moins qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci.

En l'occurrence, il est vrai que les observateurs des EPI sont parvenus à des conclusions divergeant sensiblement de celles des médecins. Il convient cependant de rappeler que deux experts spécialistes en rhumatologie ont conclu à une capacité préservée de l'assuré à certaines conditions. Par ailleurs, si les maîtres de stage des EPI n'ont conclu qu'à une capacité de 50%, voire de 0%, il ressort de leur rapport qu'ils l'ont justifiée, notamment, par une capacité d'apprentissage limitée, un niveau de scolarité faible, des difficultés linguistiques et un manque de polyvalence, éléments non pertinents pour l'assurance-invalidité puisque sans relation avec l'état de santé de l'intéressé. En outre, les EPI ont mis en exergue un manque de motivation et un comportement plaintif et démonstratif de la part de l'assuré, éléments dont on peut penser qu'ils ont influencé les résultats obtenus.

Il en découle qu'après examen et confrontations des conclusions des experts médicaux et des EPI, l'hypothèse émise à l'époque par la division de réadaptation professionnelle selon laquelle une aggravation aurait pu survenir sur le plan physique ne saurait être confirmée.

Sur le plan psychique, le psychiatre traitant évoque strictement les mêmes diagnostics que par le passé. Il fait cependant état, dans son certificat du 5 février 2015, d'une péjoration, certes peu documentée, mais qu'il conviendrait d'investiguer, dans la mesure où, jusqu'à présent, aucune expertise n'a été diligentée sur le plan psychique et où le Dr G\_\_\_\_\_ se montre peu explicite.

C'est le lieu de relever que si le Dr F\_\_\_\_\_ a certes évoqué une composante douloureuse de type fibromyalgique et le Dr H\_\_\_\_\_ 13 points positifs sur 18, l'expert I\_\_\_\_\_ a en revanche précisé que sa recherche de points de fibromyalgie s'était révélée négative. Ce diagnostic ne saurait donc être retenu, de sorte que l'argumentation de l'intimé relative à l'inutilité d'une investigation au motif qu'en

tous les cas, un état dépressif réactionnel aux douleurs ne saurait être considéré comme invalidant se révèle dénuée de pertinence : la jurisprudence applicable en matière de fibromyalgie ne trouve pas application ici ; par ailleurs, les critères qu'elle posait ne sont plus valables désormais, selon une jurisprudence récente du Tribunal fédéral.

Partant, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'avère nécessaire, afin de vérifier la péjoration attestée par le psychiatre traitant - qui fait état d'un état de désespérance inquiétant et d'idéations suicidaires - et, si elle devait se confirmer, examiner ses répercussions sur la capacité de gain de l'assuré et sur son degré d'invalidité, cas échéant après examen des nouveaux indicateurs décrits par la jurisprudence, si l'existence d'un trouble somatoforme douloureux devait être admise.

En ce sens, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 13 janvier 2015 2015.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Renonce à percevoir l'émolument.
7. 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