

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/760/2011

ATAS/851/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 septembre 2011

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert  
BRATSCHI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

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

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1962, a travaillé en tant que maçon du 10 mars 1986 au 31 octobre 1996. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date. L'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 décembre 1996 en raison de difficultés conjoncturelles.
2. Le 10 septembre 1997, l'assuré a déposé une demande tendant au reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI), invoquant des douleurs au dos, à la nuque, et au coccyx.
3. La société X\_\_\_\_\_ SA, ex-employeur de l'assuré, a indiqué dans le questionnaire du 9 octobre 1997 que l'assuré percevrait un revenu de 23 fr. 75 de l'heure sans atteinte à la santé. Il avait réalisé un revenu de 49'132 fr. 40 en 1995 pour 1878.5 heures de travail et de 42'951 fr. 90 en 1996 pour 1'651.5 heures de travail.
4. Dans un rapport du 9 novembre 1997, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que celui-ci était en incapacité de travail totale depuis le 31 octobre 1996. Elle a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne, glissement antérieur de C5 sur C6 entraînant des cervicalgies sur probable instabilité au niveau de la colonne cervicale, de lombosciatalgies aiguës droites à répétition, de lombalgies aiguës sur hernie discale L3-L4 symptomatique, de canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire, d'état anxio-dépressif aigu, d'hypercholestérolémie et de papillome de l'amygdale gauche. Une activité légère avec alternance des positions était possible.
5. Dans un rapport du 20 octobre 1998, la Dresse A\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics qu'elle avait posés dans son rapport de novembre 1997, en y ajoutant celui de périarthrite de la hanche droite. Elle a indiqué que l'évolution était peu favorable malgré le traitement médicamenteux et physiothérapeutique, l'assuré continuant à se plaindre de douleurs au niveau du rachis, de la hanche droite, du membre inférieur droit, d'une faiblesse au membre inférieur droit, de blocages au niveau cervico-lombaire, d'anxiété, de nervosité et de troubles du sommeil.
6. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à l'expertise de l'assuré en mai 1999. Dans son rapport du 28 juillet 1999, ce médecin a établi l'anamnèse et résumé le dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à l'examen clinique, qui s'est révélé normal hormis des réflexes polycinétiques des deux côtés avec des cutanées plantaires en extension. Il a posé les diagnostics de douleurs lombaires sans substrat anatomique et de découverte fortuite d'un syndrome corticospinal. Il a indiqué qu'il avait déjà procédé à l'expertise de l'assuré à la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie en 1996, et qu'il avait conclu à une aptitude dans la profession de maçon à cette date. La

découverte du syndrome corticospinal ayant nécessité des investigations complémentaires, l'assuré avait cependant continué de percevoir des indemnités journalières. Les examens complémentaires effectués n'avaient pas permis de démontrer de substrat anatomique au syndrome corticospinal, qui n'avait pas évolué en trois ans. Le Dr B\_\_\_\_\_ en a conclu que cet élément ne présentait pas de danger pour l'assuré et n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail, qui restait entière dans l'activité habituelle.

7. Dans un avis du 16 août 1999, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) a retenu en se référant à l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ que l'état de santé actuel de l'assuré était compatible avec son métier, mais qu'une activité évitant les gros efforts physiques serait préférable compte tenu de ses antécédents.
8. L'OAI a adressé un projet de décision refusant les prestations à l'assuré en date du 27 août 1999.
9. L'assuré a contesté le projet par courrier du 8 octobre 1999, en relevant que l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ était contredite par les médecins traitants, qui relevaient que l'activité de maçon n'était plus envisageable.
10. A la demande de l'OAI, l'assuré lui a transmis son dossier radiologique, soit:
  - un rapport du 5 novembre 1996 du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, diagnostiquant une attitude scoliothique du rachis cervical et un discret glissement antérieur de C5 sur C6 lors de la flexion et qui régresse en extension, des troubles statiques de la colonne lombaire sous forme d'une scoliose à convexité gauche et accentuation de la lordose physiologique mais excluant une discopathie ou un rétrécissement des trous de conjugaison;
  - un rapport de tonodensitométrie réalisé à la même date par le Dr D\_\_\_\_\_, concluant à un canal lombaire relativement étroit, une hernie discale en L3-L4 de faible épaisseur et de forme descendante, de localisation médiane et paramédiane droite, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur l'émergence de la racine L4 mais sans tuméfaction de cette dernière, de minime protrusion discale en L4-L5, de spina bifida occulta en L5-S1, et de lésions dégénératives de surcharge au niveau des facettes articulaires postérieures en L5-S1;
  - un rapport d'IRM du 13 mars 1997 du Dr D\_\_\_\_\_ constatant une épaisseur normale des disques, une moelle épinière de forme et de signal conservés et excluant un processus expansif intra-canalair ou une image d'hernie, l'assuré ne présentant pas d'argument pour un canal cervical

étroit; une spina bifida occulta en L5-S1, une sclérose au niveau des versants iliaques dans leurs tiers moyen et inférieur mais sans pseudo-élargissement ni érosion, et une augmentation de l'angle lombo-sacré qui mesurait 58°;

- un rapport du 29 mars 1999 de la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, faisant état d'une discopathie L3-L4 avec petite hernie discale sous-ligamentaire médiane paramédiane droite au contact de la racine à droite mais sans compression franche, d'une discopathie faiblement protrusive en L4-L5 sans compression radiculaire associée et d'un petit kyste synovial postérieur en arrière de l'interligne articulaire postérieur gauche L2-L3.
11. Dans son avis du 4 novembre 1999, le Dr C \_\_\_\_\_ a relevé que les anomalies lombaires découvertes pouvaient entraîner des douleurs. Il fallait dans ce cas envisager une activité sédentaire sans gros efforts physiques et sans sollicitations fréquentes du rachis.
  12. Dans un rapport du 5 novembre 1999, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'assuré avait été opéré du tunnel carpien et qu'il aurait dû être opéré pour son problème lombaire trois ans auparavant. Le Dr F \_\_\_\_\_ a souligné qu'il ne voyait pas comment l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle normale.
  13. Dans un rapport du 12 décembre 2000, les Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ du Service de neurologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE ont indiqué qu'aucune cause neurologique expliquant les dorsolombalgies irradiant aux membres inférieurs n'avait été décelée.
  14. Dans un rapport du 23 janvier 2001, le Dr D \_\_\_\_\_ a confirmé une spina bifida occulta en L5 et S1, et fait état d'une sclérose au niveau des cotyles avec excroissance osseuse du sourcil cotyloïdien gauche, d'un épaulement au niveau des cols fémoraux à prédominance droite, d'un aspect légèrement hétérogène de la tête fémorale droite avec impression des microlacunes. Il a écarté une nécrose aseptique malgré l'absence d'effondrement.
  15. Dans son rapport du 28 janvier 2001, la Dresse A \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de la symptomatologie clinique ainsi qu'au niveau du status du rachis lombaire, de la hanche droite et du membre inférieur droit. Aux diagnostics précédemment posés par cette médecin s'ajoutait une suspicion de fibromyalgie.
  16. Par prononcé du 23 février 2001, l'OAI a accordé une rente d'invalidité complète à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1997.

17. Par projet de décision du 26 février 2001, l'OAI a refusé d'accorder des mesures professionnelles à l'assuré, celles-ci étant incompatibles avec son état de santé.
18. Lors d'un contrôle de chantier du 8 juillet 2004, l'assuré a été découvert occupé à des travaux de démolition. Interrogé par les inspecteurs, il a déclaré qu'il ne travaillait pas sur le chantier mais était simplement passé pour y récupérer des luminaires. Le rapport de chantier a relevé que l'assuré portait des vêtements de travail et qu'il s'était changé en tenue de ville avant de quitter le chantier.
19. Dans son rapport d'IRM du 4 septembre 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à une coxarthrose bilatérale, sans nécrose aseptique ni signe d'algoneurodystrophie.
20. Dans un rapport du 12 août 2004, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, ce dernier souffrant d'une coxarthrose bilatérale.
21. Par courrier du 6 décembre 2005, l'assuré a remis à l'OAI plusieurs pièces médicales, parmi lesquelles figuraient notamment:
  - Un rapport du 29 juin 2005 du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, concluant à une hépatomégalie hyperéchogène compatible avec une stéatose et à un kyste anéchogène du segment III (diagnostic différentiel: nodule). Le diagnostic le plus probable était celui de stéatose stéato-hépatique ou de stéato-fibrose, la cirrhose étant moins probable. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait suggéré à l'assuré de baisser drastiquement sa consommation d'alcool pendant deux mois;
  - Un courrier du 10 septembre 2005 de la Dresse A\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré se plaignait de douleurs de la colonne irradiant dans le membre inférieur droit accompagnées de fourmillements et de blocages au niveau cervico-lombaire. Les douleurs au bas du dos étaient quotidiennes et handicapantes, et perturbaient le sommeil de l'assuré qui rapportait également des céphalées, une angoisse, une asthénie et des troubles du sommeil. La Dresse A\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics déjà posés, auxquels elle a ajouté celui de bursite olécrânienne du coude droit, de status post-opération du poignet droit par greffe osseuse pour fracture du scaphoïde en 2005, d'anciennes hépatites A et B positives, et de stéatofibrose hépatique et de suspicion de cirrhose. L'état de l'assuré s'aggravait de jour en jour, la maladie au niveau des hanches progressant, et ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit;
  - Divers rapports d'imagerie du Dr D\_\_\_\_\_;

- Un rapport du 26 novembre 2004 du Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, posant le diagnostic de bursite olécrânienne qui justifierait une bursectomie en cas de persistance des douleurs;
- deux rapports du Dr K\_\_\_\_\_ datés du 4 juillet et du 28 novembre 2005 selon lesquels l'assuré était totalement inapte à travailler.

22. Une expertise a été confiée par l'OAI au Professeur L\_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV). Celui-ci a rendu son rapport le 27 septembre 2005. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré et étudié son dossier médical, il a rapporté que ce dernier se plaignait de douleurs permanentes dans la région lombaire et sur la face externe du bassin du côté droit, ne pouvait marcher plus de 35 mètres et ne pouvait rester assis ou debout plus de cinq minutes. Le port de charges était difficile au-delà de 10 kg. Les douleurs étaient exacerbées par la position couchée et le réveillaient cinq à six fois par nuit. Il avait fréquemment des céphalées. Il signalait également des fourmillements dans la jambe droite, qui lâchait par moments. L'expert a procédé à l'examen clinique de l'assuré, à l'issue duquel il a posé les diagnostics d'état douloureux chronique lombo-jambier droit, présent depuis 1996-1997, d'ébauche de coxarthrose depuis plusieurs années, sans évolution apparente, de surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non-organicité, en précisant que ces atteintes avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier souffrait également de stéatose hépatique d'origine éthylique probable, d'obésité, et de status après opération du canal carpien et du scaphoïde droit en 1997, ces troubles n'ayant pas d'incidence sur sa capacité de travail. Le Pr L\_\_\_\_\_ a relevé qu'une affection neurologique avait été écartée par des examens détaillés, et que l'électromyographie avait confirmé l'absence d'atteinte radiculaire des membres inférieurs. La coxarthrose était modérée, tant au plan clinique qu'à l'imagerie. Selon l'expert, il fallait donc "se rabattre" sur un diagnostic d'état douloureux chronique accompagné d'une surcharge fonctionnelle. Le pronostic pour sa réintégration était mauvais en raison du long absentéisme et des difficultés conjoncturelles. Pour seule limitation fonctionnelle physique, le Pr L\_\_\_\_\_ évoquait une légère limitation de la rotation des hanches. Au plan psychique, l'assuré ne paraissait pas particulièrement déprimé mais anxieux au sujet de son futur professionnel et financier. Sa connaissance du français était rudimentaire. L'expert ne constatait pas de problème particulier au plan social, l'assuré ayant indiqué voir régulièrement ses amis et sortir occasionnellement de chez lui. Il a conclu à une capacité de travail en tant qu'ouvrier de chantier de 60 % au plan rhumatologique pur, à raison de cinq heures et demi par jour, avec une diminution de rendement de 20 % au début en raison du long absentéisme. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, et la capacité de travail pourrait être améliorée par une perte pondérale, une utilisation régulière d'analgésiques, une abstention de boissons alcoolisées, le port d'un lombostat et l'adaptation du poste de travail avec des conseils ergonomiques. Une activité adaptée pourrait être exercée à raison de sept

---

heures par jour, avec une diminution de rendement de 15 à 20 % au début. L'expert a cependant souligné que l'assuré ne pouvait ni lire ni écrire en français et comprenait mal les questions les plus simples. Compte tenu de cet élément et des conditions conjoncturelles, il lui paraissait peu probable qu'un employeur l'engage.

23. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics et les plaintes de l'assuré et noté qu'il n'y avait aucune amélioration de son état de santé, ce dernier restant incapable de travailler tant au plan physique que psychique.
24. L'assuré a consulté le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, le 23 janvier 2007. Ce médecin a écarté un syndrome lombo-vertébral et précisé qu'il n'y avait pas d'argument définitif pour un syndrome radiculaire. Il existait des signes de tendinobursite trochantérienne, intervenant dans un contexte de coxarthrose modérée bilatérale. Le Dr O\_\_\_\_\_ avait procédé à une infiltration de la hanche droite par corticostéroïde. Un traitement des douleurs neurogènes pourrait également être envisagé en cas d'intensification de la sciatalgie.
25. L'OAI a diligenté une expertise psychiatrique confiée au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport du 12 février 2007, fondé sur l'entretien avec l'assuré, l'étude de son dossier médical et un entretien avec le psychiatre traitant. Après avoir établi l'anamnèse de l'assuré, il a relaté ses plaintes. L'assuré relevait une fatigue et des réveils nocturnes provoqués par les douleurs, et se disait nerveux. S'il déplorait l'absence d'activité professionnelle et déclarait souffrir d'ennui, il affirmait ne plus pouvoir marcher en raison de ses douleurs. Il signalait également une tristesse parfois accompagnée de pleurs, deux ou trois jours par semaine, et une diminution de l'énergie. Il éprouvait du plaisir à regarder certains programmes à la télévision, rencontrer ses amis et fréquenter un club portugais. Il indiquait souffrir de troubles de la concentration et de la mémoire. En revanche, son appétit était stable et sa libido conservée, et il n'avait pas d'idées de mort. Il ressentait une anxiété et une tension permanente, ainsi qu'une diminution de l'espoir. L'examen a révélé une personnalité fruste, une pauvreté idéique et des facultés d'abstraction et d'introspection quasi inexistantes. La mimique était réduite et l'humeur était modérément déprimée. L'expert n'a pas constaté de signe d'imprégnation alcoolique. Il y avait un léger ralentissement moteur. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire étaient sans particularité, il n'y avait ni anxiété ni irritabilité mais une légère tension et une légère anhédonie. Le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) depuis 2005 ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance depuis de nombreuses années (F 10.2), à l'exclusion de toute atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'expert a noté que l'assuré présentait une tristesse non permanente, parfois accompagnée de pleurs, une fatigue, des troubles de la concentration, des réveils nocturnes et des ruminations. Il indiquait en outre une diminution de l'espoir et de

la confiance en soi. Si ces éléments permettaient de conclure à une dysthymie, ils n'étaient pas suffisants pour poser le diagnostic d'épisode dépressif léger, en l'absence d'au moins deux critères tels que tristesse constante et diminution marquée de la capacité d'éprouver du plaisir. Il n'existait pas non plus d'élément de l'anamnèse permettant de conclure à la présence d'un trouble dépressif récurrent, l'assuré s'étant adressé à un psychiatre avant tout en raison de sa nervosité et de son irritabilité, et n'ayant pas eu de traitement antidépresseur. Parmi les éléments potentiellement limitatifs pour l'exercice d'une activité professionnelle, une diminution de l'énergie partiellement imputable aux douleurs était notée. La diminution de l'énergie psychique était non limitative car elle ne se vérifiait pas au quotidien. Il n'y avait pas non plus de diminution de la volonté, l'assuré pouvant sortir et aider sa famille lors du rangement après les repas. Des troubles de la concentration ne pouvaient être objectivés, l'assuré s'adonnant à la lecture de journaux et regardant des programmes télévisés ciblés, et ayant pu répondre aux questions de l'expertise sans hésitations. Aucun trouble de la mémoire n'était constaté. Quant à l'anxiété observée, elle n'était pas incapacitante car elle n'était pas déstructurante psychiquement. L'expert s'est écarté du diagnostic d'état anxio-dépressif posé par la Dresse A\_\_\_\_\_, en relevant que la symptomatologie décrite ne permettait pas de poser le diagnostic de trouble dépressif selon les critères de la CIM-10, et que ce médecin ne discutait pas les symptômes observés. Si la consommation d'alcool restait excessive, l'assuré ne présentait pas de séquelles neuropsychologiques ou psychiatriques de cette consommation. Le trouble somatoforme douloureux ne pouvait non plus être retenu, car les douleurs de l'assuré ne constituaient pas la préoccupation essentielle de l'assuré, et n'étaient pas accompagnées d'un sentiment de détresse: en effet, l'assuré considérait que les médecins pourraient l'aider pour ses douleurs à la hanche droite. En conclusion, le Dr P\_\_\_\_\_ a admis une capacité de travail totale sur le plan psychiatrique, à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel malgré ses troubles psychiques.

26. Par courrier du 11 juin 2007, l'assuré a transmis à l'OAI les rapports médicaux suivants:

- rapport du 8 mai 2007 du Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant d'une arthrose nette des deux hanches posant une indication pour l'arthroplastie de la hanche droite;
- rapport du 7 mai 2007 du Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, faisant état d'un syndrome douloureux lombaire pour lequel une infiltration radiculaire avait amené une amélioration très nette de la lombalgie et plus modeste de la cruralgie, cette atteinte nécessitant une arthroplastie;

- rapport du 18 mai 2007 du Dr K\_\_\_\_\_, constatant une dégradation de l'état de santé de l'assuré caractérisé par de vives douleurs à la hanche et constatant que l'assuré n'était plus en mesure d'effectuer des activités physiques. Ce dernier en a conclu que sa rente d'invalidité devait continuer de lui être versée.
27. Dans son avis du 5 juillet 2007, la Dresse S\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a souligné que l'assuré avait obtenu une rente entière en 1997 sur la base d'une suspicion de maladie neurologique, qui avait été écartée par le Pr L\_\_\_\_\_, lequel avait conclu à une capacité de travail de 60 % dans l'ancienne activité et totale dans une activité adaptée. La survenance de l'amélioration de l'état de santé était difficile à dater, mais elle devait être prise en compte dès la date de l'expertise en tout cas. S'agissant de l'arthrose des hanches, la Dresse S\_\_\_\_\_ a invité l'OAI à demander des rapports aux médecins consultés par l'assuré pour cette atteinte.
28. La Dresse T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM le mai 2007. Elle a constaté un canal rachidien rétréci associé à une lipomatose épidurale s'étendant de la 4<sup>ème</sup> vertèbre lombaire aux premières vertèbres sacrées, donnant un aspect en queue de rat de la partie terminale du cul-de-sac dural.
29. Dans son rapport du 25 juillet 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de canal lombaire étroit constitutionnel, de hernie discale L3-L4 et de coxarthrose droite. L'incapacité de travail était totale dans la profession de maçon depuis 2001, et ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Une activité adaptée était exigible. S'agissant de la composante rachidienne du syndrome douloureux de l'assuré, l'infiltration radiculaire avait démontré son caractère réversible. Quant à la composante coxo-fémorale, elle avait été améliorée par l'injection intra-articulaire de Bupivacaïne mais le seul traitement curatif consistait en une arthroplastie de la hanche.
30. Le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 30 juillet 2007 que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques communes, d'éthylisme chronique depuis 1990 et de coxarthrose de la hanche droite depuis 2004, avec répercussion sur sa capacité de travail, ainsi que de céphalées périodiques sans répercussion sur sa capacité de travail. Son état s'aggravait, et son incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002. L'assuré se plaignait de douleurs cervico-dorso-lombaires, de douleur à la hanche rendant impossible la marche sur plus de 100 mètres, ainsi que la montée et la descente d'escaliers. Il souffrait également d'un état anxieux, d'insomnies et d'une fatigue généralisée. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_ étaient les suivantes: position assise limitée à une à deux heures par jour, debout à une demi-heure par jour, alternance des positions debout et assis et marche, pas de position à genoux, pas d'inclinaison du buste, pas de position

accroupie, périmètre de marche limité à 60-100 mètres, pas de port de charges excédant 5 kilos, pas d'activités nécessitant de se pencher, pas d'horaire de travail irrégulier, pas de travail en hauteur ou en déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Ce médecin a joint à son rapport le courrier du 22 décembre 2005 du Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, diagnostiquant une coxarthrose débutante.

31. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de coxarthrose bilatérale et d'obésité depuis 1996, pour laquelle il avait proposé une prothèse totale de la hanche. L'incapacité de travail en tant que maçon était totale et ne pouvait être améliorée, Une autre activité sédentaire, par exemple gardien assis, était exigible, à condition qu'elle respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position debout plus d'une heure ou deux par jour, alternance des positions, pas de position à genoux ou accroupi, parcours à pied limité à 500 mètres, pas de port de charges, pas d'activité nécessitant de se baisser, pas de mouvements du dos occasionnels ou répétitifs, pas de travail en hauteur, sur sol irrégulier ou en pente.
32. La Dresse S\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur ces rapports dans sa note du 8 octobre 2007. Elle a conclu que l'activité de maçon n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée était exigible à 60 ou 100 % selon les médecins. Un stage d'évaluation pourrait être mis sur pied, ou à tout le moins une aide au placement
33. Par communication du 12 octobre 2007, l'OAI a informé l'assuré que son dossier était transmis à son service de réadaptation.
34. Le 16 octobre 2007, l'assuré a consulté le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en raison de douleurs du poignet. Ce dernier lui a proposé une infiltration locale, en précisant qu'une excision du fragment pourrait être envisagée en cas d'échec du traitement.
35. Le 18 janvier 2008, le Dr W\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a examiné l'assuré. Il a préconisé la mise en place d'une prothèse totale de la hanche à droite en raison du caractère extrêmement invalidant des douleurs de l'assuré.
36. Par courrier du 22 janvier 2008, l'assuré a indiqué à l'OAI que l'entretien de réadaptation prévu lui paraissait prématuré dès lors qu'il subirait en avril une arthroplastie totale de la hanche droite, entraînant une immobilisation de plusieurs mois. Il a également joint un courrier que lui a adressé le Dr Q\_\_\_\_\_ en date du 15 janvier 2008, aux termes duquel l'arthrose importante de la hanche gauche justifierait tôt ou tard une arthroplastie, et que sa capacité de travail serait complète dans une activité sédentaire mais que le pronostic était mauvais en raison de son long absentéisme.

37. L'assuré a subi une arthroplastie droite (resurfaçage) le 13 mai 2008, opération pratiquée par le Dr W\_\_\_\_\_.
38. Le 23 mai 2008, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré en relevant que ce dernier pourrait bénéficier sur demande d'une aide au placement. Le revenu avec invalidité se fondait sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2006, pour une activité simple et répétitive (TA 1, ligne Total), soit 4'679 fr. pour 40 heures par semaine. Calculé sur une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures, le revenu avec invalidité était de 58'394 fr. à temps plein et de 29'781 fr. compte tenu de la capacité de travail de 60 % et d'un abattement de 15 % pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et du temps partiel. A titre de revenu sans invalidité, l'OAI a tenu compte d'un montant de 59'820 fr., fondé sur le revenu statistique dans les activités simples et répétitives de la construction selon l'ESS 2006, TA7, ligne 11. Il en résultait un degré d'invalidité de 50.2 %.
39. Dans son rapport du 27 novembre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait subi une arthroplastie de la hanche droite le 13 mai 2008 et qu'il était sur liste d'attente pour subir la même opération à droite. Il y avait eu une amélioration au niveau de sa hanche droite et une aggravation à gauche. L'assuré était limité dans la marche et dans le port de charges. Sa capacité de travail dans une activité sédentaire ne pouvait être évaluée pour l'heure, et il y avait lieu d'attendre les résultats de la seconde opération pour se prononcer.
40. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis environ une année, en raison du status post-arthroplastie de la hanche droite, d'une bursite du coude gauche et d'une hypertension artérielle qui influaient sur sa capacité de travail. Les plaintes de l'assuré restaient identiques. Toute activité comprenant des travaux lourds, le port de charge et la station debout prolongée était contre-indiquée et son état de santé ne lui permettait pour l'heure pas de reprendre un travail quel qu'il soit.
41. Par courrier du 4 décembre 2008, l'assuré a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI en affirmant que ses très nombreuses atteintes excluaient toute activité professionnelle. Il a notamment joint un courrier du Dr V\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2008, attestant qu'il avait pratiqué une ténosynovectomie des extenseurs des doigts au poignet droit, d'une excision d'une souris articulaire radio-carpienne et d'une excision d'ostéophytes du capitum droit. L'évolution avait été favorable dans un premier temps avec une bonne consolidation de la pseudarthrose, qui n'avait cependant pas empêché une usure progressive de la surface articulaire du radius au regard du scaphoïde. Selon le Dr V\_\_\_\_\_, il était probable que l'état du poignet de l'assuré s'aggrave, justifiant cas échéant une nouvelle intervention.

42. Dans son rapport du 20 janvier 2009, le Dr W\_\_\_\_\_ a indiqué que la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche était à envisager car l'assuré commençait à éprouver des douleurs à cet endroit. Le résultat sur les douleurs et la capacité de travail ne pouvait être garanti. Son incapacité de travail était totale dès mai 2008 pour ce motif, et l'assuré avait des difficultés à se déplacer. Il avait des doutes quant à une possible reprise du travail car l'assuré n'avait pas travaillé depuis des années et devait encore subir une opération de la hanche gauche. Une activité devrait être adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: pas d'activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, sur une échelle ou un échafaudage. La reprise devrait cas échéant se faire progressivement.
43. Dans son avis du 30 janvier 2009, la Dresse S\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré avait subi une péjoration de son état de santé sous forme de coxarthrose et de problème au niveau des poignets, ces deux atteintes ayant cependant été opérées avec une bonne évolution. Les conclusions de l'expertise du Pr L\_\_\_\_\_ ne pouvaient ainsi être suivies et une nouvelle expertise devait être diligentée.
44. Dans son rapport du 2 avril 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ a constaté une coxarthrose gauche symptomatique avec des signes de tendinobursite trochantérienne d'accompagnement dans un contexte de lombalgies associées. Malgré l'irradiation des douleurs dans la jambe gauche, il n'y avait pas d'élément suggérant un syndrome radiculaire.
45. Le Dr AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assuré le 3 avril 2009. Dans son rapport du 8 avril 2009, cet expert a résumé le dossier médical de l'assuré et établi l'anamnèse. L'assuré lui a déclaré souffrir depuis 1993 de lombalgies mécaniques, sans amélioration malgré tous les traitements. Il avait également des douleurs au niveau de la hanche gauche, aggravées à la marche. Son sommeil était mauvais. Il signalait également des douleurs persistantes au niveau de la main droite avec une sensation de faiblesse, avec parfois une légère enflure, ainsi que des gonalgies intermittentes prédominant à droite. Le Dr AA\_\_\_\_\_ a effectué un examen clinique ostéo-articulaire et neurologique, qu'il a complété par des radiographies, avant de poser les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: coxarthrose gauche, périarthrite de hanche gauche; status après prothèse totale de la hanche droite en 2008; status après ténosynovectomie des extenseurs des doigts au poignet droit et excision d'une souris articulaire radio-carpienne droite avec excision d'ostéophytes du capitum droit en 2008. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de lombalgies chroniques aspécifiques, anomalie transitionnelle lombosacrée, gonalgies bilatérales mécaniques dans le cadre d'une gonarthrose débutante de stade Kellgren I et obésité de classe I. L'expert a relevé que l'assuré n'avait pas eu de difficultés à changer de positions lors de l'examen et lors du déshabillage, et avait pu rester assis près d'une heure avec le membre inférieur en extension. L'examen clinique révélait un très discret syndrome lombo-vertébral

avec un indice de Schober à 10/14.5 cm mais une mobilité rachidienne pour le surplus quasiment illimitée, et il n'y avait pas de signe irritatif ou déficitaire du point de vue neurologique aux membres inférieurs. Le rachis cervico-dorsal était non douloureux et non limité. Une restriction de la rotation interne et de l'abduction était objectivée à la hanche gauche. Le status clinique des genoux paraissait tout à fait normal. L'expert a constaté une sensibilité à la palpation du poignet ainsi que des signes de Tinnel légèrement sensibles mais la mobilité du poignet et des doigts était en grande partie conservée. Le reste de l'examen ostéo-articulaire était sans particularité. Les radiographies démontraient l'absence de discopathie au niveau du rachis avec seulement une anomalie transitionnelle lombo-sacrée tout à fait banale caractérisée par l'existence de 4 vertèbres lombaires en raison d'une tendance à la sacralisation de L5 parallèlement à une spina bifida occulta, ainsi qu'une coxarthrose gauche avec un pincement de l'interligne interne et une ostéophytose du cotyle et de la tête fémorale et une légère arthrose radio-carpienne droite. La corrélation entre l'examen clinique et les plaintes de l'assuré était bonne s'agissant de la hanche gauche. En revanche, une discordance manifeste existait entre les douleurs alléguées et les constats objectifs au niveau du rachis lombaire et dans une moindre mesure au niveau du poignet droit. Si les signes comportementaux de Waddell n'étaient pas présents à l'examen, l'expert constatait néanmoins que l'assuré ne présentait quasiment pas de syndrome rachidien avec une mobilité lombaire tout à fait conservée, ce que le Dr O\_\_\_\_\_ avait également constaté en avril 2009. Ainsi, les lombalgies ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles. La hernie discale L3-L4 avec rétrécissement canalaire puis le canal rachidien rétréci mis en évidence par des examens d'imagerie n'étaient pas corrélés à l'examen clinique. A cet égard, le Dr AA\_\_\_\_\_ a souligné que selon la littérature médicale, la mise en évidence de hernies discales et de canaux rachidiens rétrécis lors de scanners et d'IRM pouvait être une découverte fortuite chez des sujets asymptomatiques. Quant à la gonarthrose, elle n'entraînait pour l'heure pas de restriction de la mobilité. En conclusion, l'expert a admis une détérioration de la situation clinique au niveau de la hanche gauche depuis l'expertise du Pr L\_\_\_\_\_ en 2005, l'évolution étant tout à fait favorable pour la hanche droite. L'atteinte au poignet droit n'entraînait qu'une légère diminution de mobilité avec une réduction de la force de préhension subjective d'environ 20 % à droite. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient reconnues par l'expert: pas de marche au-delà de 500 mètres et sur des terrains irréguliers ou en montée et descente, notamment dans les escaliers, pas de port de charges au-delà de 15 kg, pas d'activités nécessitant la préhension d'objets lourds et des mouvements de flexion-extension ou d'activités fines répétitives au niveau de la main droite. Le Dr AA\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle en tant que maçon depuis mai 2007, date à laquelle la coxarthrose avait été diagnostiquée. Une activité adaptée, dans laquelle il n'y aurait ni efforts de marche prolongés, ni manutention ou mouvements répétitifs avec la main et le poignet droits, serait possible à 70 % en tenant compte de la diminution de rendement. L'implantation

d'une prothèse de la hanche gauche augmenterait d'environ 20 % la capacité de travail dans une activité adaptée.

46. La Dresse S\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur l'expertise dans sa note du 15 juin 2009. Elle a admis une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, tout en soulignant qu'il fallait néanmoins admettre une capacité de travail nulle de janvier à août 2008 en raison de l'arthroplastie. Pour la période antérieure à mai 2007, la capacité de travail retenue dans son avis du 8 octobre 2007 restait valable. L'arthroplastie prévue à gauche limiterait la capacité de travail de l'assuré pour une période de trois mois au plus en cas d'évolution favorable. Il conviendrait donc de procéder à une révision passé ce délai.
47. L'OAI a communiqué à l'assuré par courrier du 26 octobre 2009 que son droit à la rente était maintenu, son degré d'invalidité n'ayant pas changé de manière déterminante.
48. L'assuré a subi une implantation de prothèse totale de la hanche gauche le 6 janvier 2010, pratiquée par le Dr AB\_\_\_\_\_.
49. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 8 juin 2010, l'assuré a indiqué que son état s'était détérioré depuis janvier 2010 en raison d'une aggravation des douleurs à la jambe gauche.
50. Dans son rapport du 24 juin 2010, la Dresse A\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, celui-ci se plaignant d'importantes douleurs du rachis accompagnées de blocages lombaires ainsi que de douleurs à la hanche gauche.
51. Le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 26 juillet 2010 que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, la coxarthrose gauche et les lombalgies chroniques ayant une incidence sur sa capacité de travail. Des mesures professionnelles étaient indiquées.
52. Dans son rapport du 8 novembre 2010, le Dr AC\_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie des HUG a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur hernies discales multiples étagées, ayant des répercussions sur la capacité de travail et un status après mise en place de prothèses totales de la hanche des deux côtés, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré ne pouvait porter de charges lourdes et devait éviter la station debout prolongée en raison des lombalgies. De l'avis du Dr AC\_\_\_\_\_, on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
53. Le Dr Alexis BONVIN du Service d'orthopédie des HUG a indiqué dans son rapport du 11 novembre 2010 qu'il avait traité l'assuré pour une fracture de la

malléole externe de la cheville droite en juin 2009. L'évolution était bonne, et cette atteinte n'entraînait aucune limitation fonctionnelle.

54. Dans son avis du 2 décembre 2010, le Dr AD\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au SMR, a noté au sujet de l'aggravation avancée par la Dresse A\_\_\_\_\_ que l'arthroplastie s'était déroulée normalement selon les chirurgiens des HUG. Il semblait logique d'admettre qu'une intervention était destinée à améliorer l'état de santé d'un assuré, et qu'en l'absence de complications, elle devait aboutir à un mieux-être plutôt que par une dégradation de l'état de santé. Il en a conclu que l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée 3 mois après l'arthroplastie, soit le 7 avril 2010.
55. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 22 décembre 2010, aux termes duquel la rente d'invalidité était réduite à une demi-rente dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Il a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 60 % dans une activité lucrative sans formation complémentaire. Cela correspondait à un revenu statistique de 35'036 fr. selon les données de l'ESS (TA1, niveau 4, ligne Total), ou de 29'781 fr. après abattement de 15 %. Le revenu sans invalidité étant de 59'820 fr., il en résultait un degré d'invalidité de 50 %.
56. L'assuré a contesté le projet de décision par courrier du 31 janvier 2011. Il a contesté l'avis du Dr AD\_\_\_\_\_, affirmant qu'il contredisait sans motif l'aggravation confirmée par la Dresse A\_\_\_\_\_, et que l'opération de la hanche gauche n'avait pas donné de bons résultats. Les douleurs et les fourmillements subsistaient, le sommeil était perturbé, le périmètre de marche limité. Les douleurs au niveau lombaire et au poignet droit n'avaient pas non plus disparu, et l'assuré s'estimait dès lors incapable de reprendre la moindre activité. Il considérait qu'il n'était pas admissible de réduire pour des motifs purement théoriques une rente allouée depuis 14 ans.
57. Par décision du 10 février 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 22 décembre 2011 et octroyé une demi-rente à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, en relevant que ce dernier n'amenait pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause son appréciation de la capacité de travail. Il a ajouté qu'une aide au placement pourrait lui être octroyée sur demande écrite et motivée. L'OAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.
58. Dans un rapport du 3 février 2011, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait depuis l'été 2010 de douleurs de la colonne lombaire irradiant dans le membre inférieur gauche avec des épisodes de fourmillements, évoquant comme principal diagnostic une irritation radiculaire de type L4, voire L4. Une IRM du 30 septembre 2010 n'avait pas permis d'expliquer une éventuelle atteinte par une compression. Les signes de tendinobursite trochantérienne (tendinite fessière) à

gauche avaient justifié une infiltration avec un corticostéroïde, qui avait diminué les douleurs du recourant d'environ 50 %. Le diagnostic du Dr O \_\_\_\_\_ était celui de lombosciatalgie de type L5 voire L4 gauche avec une tendinobursite trochantérienne. S'agissant de l'arthroplastie de la hanche gauche, le Dr O \_\_\_\_\_ considérait qu'elle n'était pas liée aux symptômes actuels, plutôt neurogènes. La tendinobursite trochantérienne pouvait être favorisée par une pathologie de la hanche ou un status après implantation d'une prothèse. S'agissant des douleurs lombaires, elles étaient assez similaires à celles décrites par le recourant en 2009 et l'examen clinique ne montrait pas de franches limitations de la mobilité du segment lombaire. La capacité de travail en tant que maçon était nulle, et une activité adaptée dans un bureau était envisageable à 50 %, avec une diminution de rendement de probablement 50 %.

59. Dans son avis du 7 février 2011, le Dr Q \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant l'avait consulté le 25 janvier 2011 en se plaignant de paresthésies apparues cinq mois auparavant. Une IRM pratiquée en septembre 2010 s'était révélée normale, tout comme l'examen neurologique pratiqué par le Dr Q \_\_\_\_\_. Les radiographies du bassin étaient également sans particularité, et une nouvelle IRM pratiquée en janvier n'avait pas non plus montré d'anomalie. Compte tenu de l'intensité des plaintes du recourant, le Dr Q \_\_\_\_\_ avait demandé un avis neurochirurgical, dont il n'avait pas encore le rapport. Les plaintes du recourant lui paraissaient plausibles, il ne s'agissait à première vue pas d'un patient sinistrosique. Il doutait que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité professionnelle, car il était difficile de reconvertir une personne de son âge n'ayant jamais travaillé que sur les chantiers.
60. Dans un rapport du 16 février 2011, le Dr V \_\_\_\_\_ a indiqué que la cure de pseudarthrose réalisée en 2000 avait évolué favorablement mais n'avait pas empêché la constitution d'une arthrose partielle du poignet. Une nouvelle intervention avait eu lieu en 2008 afin de retirer une souris articulaire et des ostéophytes, et l'évolution avait été relativement favorable pour la vie quotidienne, malgré des douleurs à l'effort. La limitation de l'amplitude articulaire associée à la douleur aux mouvements extrêmes et la perte de force de 50 % rendaient illusoire une réinsertion comme maçon, et les travaux en force et en mouvements répétitifs étaient à proscrire. Dans ces conditions, il était difficile d'envisager une activité professionnelle et il n'était pas exclu que la détérioration ultérieure se poursuive et qu'une nouvelle intervention soit nécessaire dans le futur pour un blocage partiel du poignet.
61. L'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision du 10 février 2011 de l'OAI (ci-après l'intimé) par écriture du 11 mars 2011. Il conclut sous suite de dépens préalablement à la restitution de l'effet suspensif et au fond, à l'annulation de la décision de l'intimé. Il requiert l'audition des Drs O \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_. Il conteste l'avis du Dr AD \_\_\_\_\_ selon lequel l'arthroplastie

aurait entraîné une amélioration de sa capacité de travail, qui était nulle avant l'intervention comme en atteste la communication de l'OAI du 26 octobre 2009. Il affirme que l'intervention de janvier 2010 s'est en réalité soldée par des douleurs au niveau lombaire, des sensations d'inertie, des fourmillements, un sommeil perturbé, et l'impossibilité de marcher sur de longues distances. Il conteste également l'expertise du Dr AA\_\_\_\_\_, contredite par l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ du 16 février 2011, qui considérait la reprise d'une activité de maçon illusoire. Quant à l'activité de télésurveillance suggérée par l'expert, le recourant estime qu'elle n'est pas réaliste compte tenu de son inactivité pendant 14 ans. Quant à la conclusion du Dr AD\_\_\_\_\_ sur l'aspect bénéfique de l'arthroplastie gauche, elle est remise en cause par les avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 3 février 2011 et du Dr Q\_\_\_\_\_ du 11 février 2011.

62. L'intimé a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif dans ses déterminations du 25 mars 2011, en soulignant que l'amélioration de la capacité de travail du recourant ne laissait pas envisager de grandes chances de succès au fond et que son intérêt à l'exécution immédiate de la décision l'emportait manifestement sur celui de l'assuré à percevoir une rente entière durant la procédure.
63. Par arrêt incident du 5 avril 2011 (ATAS/350/3011), la Cour de céans a rejeté la demande en restitution de l'effet suspensif. Elle a en substance retenu que l'issue du litige n'était pas prévisible avec suffisamment de certitude pour que l'intérêt du recourant à continuer de percevoir une rente l'emporte sur celui de l'intimé, qui risquerait de ne pas pouvoir recouvrer les prestations versées indûment si sa décision était confirmée.
64. Par courrier du 6 avril 2011, le recourant a complété son recours en produisant un rapport du 3 février 2011 des Drs AE\_\_\_\_\_ et AF\_\_\_\_\_ du Service de neurochirurgie des HUG, qui ont évoqué une lipomatose sacrée provoquant un rétrécissement du fourreau dural mise en évidence par IRM, pour laquelle ils ont préconisé une perte de poids et une abstinence de corticoïdes.
65. Dans sa réponse du 2 mai 2011, l'intimé a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu des certificats des certificats des Drs V\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ datés respectivement du 16 février, 3 février et 7 février 2011.
66. Par réplique du 30 juin 2011, le recourant a souligné que les éléments médicaux versés au dossier étaient suffisants pour admettre son recours, en alléguant que la teneur des différents certificats médicaux ne laisse aucun doute sur son incapacité totale de travail et qu'il est irréaliste de penser qu'il pourrait retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, compte tenu de son faible niveau de formation et de sa maîtrise incomplète du français. Subsidiairement, il se déclare

d'accord avec la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qui devrait comprendre un volet rhumatologique et un volet neurologique, et enfin un volet confié à un spécialiste de la main.

67. Copie de cette écriture a été adressée à l'intimé par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt incident du 5 avril 2011.
4. Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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.

6. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343, consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la

dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108, consid. 5.4; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2).

b) 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. À 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) 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. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

---

d) 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

8. En l'espèce, si l'état de santé du recourant a fait l'objet d'investigations poussées par l'intimé avant la première arthroplastie, force est de constater que seuls les rapports des médecins traitants figurent au dossier depuis qu'il a subi cette intervention à la hanche gauche en 2010. Or, ces rapports ne satisfont pas aux exigences formelles dégagées par la jurisprudence rappelée ci-dessus. Du point de vue matériel, ils ne suffisent pas non plus à démontrer une incapacité totale de travail. S'agissant notamment du rapport du 24 juin 2010 de la Dresse A\_\_\_\_\_, il y a lieu de souligner que cette praticienne fait état d'une aggravation de l'état du recourant, alors que les symptômes qu'elle recense (soit douleurs du rachis, blocages lombaires et douleurs à la hanche) sont pour l'essentiel identiques à ceux qu'elle a notés dans ses rapports de 1997 et 1998. Quant aux troubles constatés par le Dr O\_\_\_\_\_, ils sont restés stationnaires si l'on se réfère à son rapport du 26 juillet 2010, qui reprend les diagnostics posés en avril 2009, soit à l'époque où le Dr AA\_\_\_\_\_ - dont l'expertise se révèle conforme aux réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante - a conclu à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr AC\_\_\_\_\_, établi en novembre 2010, s'il conclut à une incapacité de travail, il fonde celle-ci sur des lombalgies chroniques, déjà prises en compte par l'expert. Les doutes émis par le Dr Q\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 février 2011 quant à la possibilité de réinsertion professionnelle sont motivés moins par des atteintes à la santé que par la longue inactivité professionnelle du recourant. Or, il s'agit-là d'un facteur socioculturel, étranger à l'assurance-invalidité, et qui ne permet pas de conclure à une atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294, consid. 5a). On relèvera en outre la contradiction entre cette évaluation par le Dr Q\_\_\_\_\_ et celle contenue dans son courrier au recourant du 15 janvier 2008, prévoyant une capacité de travail totale dans une activité sédentaire après l'arthroplastie. Enfin, le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ du 16 février 2011 fait état de limitations fonctionnelles qui peuvent rendre difficile l'accès à une activité lucrative, mais ne suffisent pas à l'exclure. Si ce médecin fait état d'une possible

future dégradation de l'état du poignet du recourant, il ne s'agit que d'une hypothèse qui ne semble pas imminente et ne justifie pas pour l'heure une incapacité de travail complète.

Compte tenu des doutes qui persistent quant à l'état actuel du recourant, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le maintien de son droit à la rente. Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 *in fine* de l'arrêt précité du 28 juin 2011). Tel est bien le cas en l'espèce, puisque l'intimé s'est reposé sur des motifs purement théoriques - soit le décours habituellement favorable d'une arthroplastie - pour admettre une amélioration de la capacité de travail du recourant après les interventions subies aux hanches.

Il y a donc lieu de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de procéder à une expertise médicale bidisciplinaire, qui comprendra un volet rhumatologique et neurologique. Un examen par un spécialiste de la main n'est en revanche pas nécessaire en l'absence de nouvelle atteinte concrète au poignet, l'expert rhumatologue étant à même d'examiner les atteintes présentées par le recourant à cette articulation. Il sied à cet égard de rendre l'intimé attentif aux nouvelles exigences formulées par le Tribunal fédéral en matière de mise en œuvre de l'expertise par l'administration (consid. 3.4.2.9 de l'arrêt du 28 juin 2011).

9. Conformément à ce qui précède, le recours contre la décision de l'intimé du 10 février 2011 est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour lui de mettre en œuvre une nouvelle expertise dans le sens des considérants.

La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 10 février 2011 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 2'000 fr. à la recourante à titre de dépens.
6. 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

Nathalie LOCHER

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