

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/994/2009

ATAS/1/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 7 janvier 2010**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE représenté par  
FORUM SANTE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né en 1961, a travaillé en Suisse à plein temps comme maçon à compter de 1978.
2. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) lombaire pratiquée le 10 juillet 2002 a révélé une discopathie inflammatoire prononcée en L3-L4, avec présence d'une importante hernie intra-spongieuse au niveau du corps de L3, associée à d'importants phénomènes inflammatoires du corps de L3. Une protrusion discale modérée L3-L4 a également été mise en évidence, de même que des indices en faveur d'un canal lombaire étroit modéré étagé.
3. Le 12 mars 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a fait état de douleurs lombaires aiguës-sciatiques entraînant une incapacité de travail entière depuis le 3 juin 2002.
4. Dans un rapport du 5 mai 2003, la Dresse A\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 présentes depuis l'hiver 2001 ainsi qu'une spondylodiscite inflammatoire présente depuis 2002. Elle a conclu à une incapacité de travail de 100% depuis l'été 2002. Selon elle, le patient présentait des lombalgies avec irradiations vers le pli de l'aîne et le membre inférieur gauche. A l'examen, elle a dit avoir constaté un syndrome vertébral chronique avec contractures de la musculature paralombaire. Le médecin a émis l'avis que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'on pouvait en revanche exiger de l'assuré une activité s'exerçant plutôt en position assise, permettant que le rachis soit bien tenu et d'éviter le port de charges, à condition d'être particulièrement attentif aux mouvements importants d'auto-flexion du tronc. Le médecin n'a pas précisé dans quelle mesure cette activité pourrait être exercée mais a précisé que, l'assuré pouvait conserver une position statique pendant environ une heure, qu'il pouvait marcher moins d'un kilomètre, lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum cinq kilos mais ne pouvait en revanche ni s'accroupir, ni incliner le buste, ni se baisser ou effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs.
5. Dans un rapport établi le 3 octobre 2003, la Dresse A\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité totale de travail de son patient depuis l'été 2002, précisant qu'on ne pouvait plus même exiger de sa part qu'il exerce une profession légère. Le médecin a relaté que son patient se plaignait de rachialgies devenues chroniques avec lombalgies à répétitions, d'irradiations dans le membre inférieur gauche, de fatigue, diarrhées et douleurs dans les deux épaules. A l'examen, le médecin a dit avoir constaté un important syndrome lombo-vertébral, plus ou moins permanent, et des douleurs à la palpation des articulations acromio-claviculaires des deux côtés avec

des arcs douloureux à l'abduction entre 90° et 110°. Les mouvements du patient ont été décrits comme lents et la marche laborieuse. Le médecin a émis l'avis qu'une amélioration de l'état de santé paraissait peu probable.

6. L'OCAI a mis sur pied un stage d'observation professionnelle, lequel s'est déroulé du 15 décembre 2003 au 18 janvier 2004 au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Il a été constaté que le rendement moyen de l'assuré à l'atelier en position optimum était de 56% sur 5 heures 30 durant la première quinzaine, puis de 43% sur une moyenne de 6 heures durant la deuxième quinzaine. Les maîtres de stage ont indiqué que cette baisse du rendement s'expliquait par une plus grande complexité des activités sérielles et une certaine fatigue accumulée en fin de stage. En façonnage, les rendements n'avaient pas été constants, mais avaient atteint 60% à 80%. Dans un rapport daté du 24 janvier 2004, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin conseil du CIP, a relevé que l'assuré prenait soin d'éviter tout ce qui pourrait, selon lui, déclencher un nouvel épisode aigu ; le médecin a émis l'avis que cette attitude devait renforcer inconsciemment le syndrome lombaire dont l'intéressé était chroniquement atteint et que s'il réussissait à accroître sa mobilité en étant un peu moins inquiet face aux blocages possibles, cela pourrait vraisemblablement améliorer sa capacité théorique de rendement. Quant aux maîtres de réadaptation, ils ont conclu, dans leur rapport du 28 janvier 2004, que les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec un emploi pratique, léger et offrant la possibilité d'alterner les positions dans le circuit économique normal et que le rendement exigible serait de 60% sur une journée de huit heures après un temps de réentraînement. Ils ont ajouté qu'une réadaptation était possible dans les travaux légers à l'établi, le conditionnement léger ou encore l'activité d'aide-monteur, à condition que cela n'implique pas le port de charges. Ils ont préconisé une aide au placement et une mise au courant en entreprise.
7. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2004, la Dresse A\_\_\_\_\_ a fait état d'éléments nouveaux à savoir que l'assuré souffrait d'une maladie systémique inflammatoire d'origine indéterminée (status post péricardite, spondylodiscite inflammatoire L3-L4, activité érosive des articulations, eczéma, diarrhées, myalgies) et qu'il existait des indices faisant suspecter une vasculite ; les déficits fonctionnels concernaient essentiellement le rachis lombaire et les deux épaules en fonction du degré de l'inflammation ; par rapport à l'examen pratiqué en octobre 2003, le médecin a estimé qu'il y avait une détérioration progressive, lente et fluctuante et que l'assuré ne pouvait plus même accomplir de légers travaux.
8. Par décision du 3 juin 2004 confirmée sur opposition le 22 septembre 2004, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 54% et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir de juin 2003. Pour ce faire, l'OCAI a comparé le dernier revenu réalisé par l'intéressé à celui qu'il aurait pu obtenir selon les statistiques malgré son atteinte à la santé en exerçant à 60% une activité simple et répétitive et après une réduction supplémentaire de 10%.

9. Le 11 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal, qui a alors procédé, en date du 23 février 2006, à l'audition du Dr C\_\_\_\_\_, médecin adjoint à la clinique de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Ce dernier a déclaré n'avoir examiné le patient qu'à deux reprises et avoir reçu par la suite un rapport évoquant des douleurs aux épaules. Il ne pouvait donc pas se prononcer de manière précise et scientifique, mais il pouvait cependant conseiller de restreindre le port de charges et d'éviter les positions en porte-à-faux. Il lui était difficile de se prononcer avec certitude sur une éventuelle capacité résiduelle de travail, mais il estimait qu'une activité ne sollicitant pas les régions lombaire et dorsale serait possible. Le témoin avait souligné que la hernie discale présentée par le recourant était impressionnante, loin d'une hernie classique, et qu'il n'était donc pas certain que l'intéressé pût travailler une journée entière. Un réentraînement au travail tel que préconisé par le CIP était envisageable.
10. Le 23 mars 2006, le Tribunal cantonal a rendu un arrêt (ATAS/327/2006) aux termes duquel il a rejeté le recours et confirmé les décisions de l'OCAI. Il a considéré que les renseignements médicaux, et plus particulièrement ceux donnés par le Dr C\_\_\_\_\_, permettaient de conclure que l'assuré disposait encore d'une capacité résiduelle de travail dans un poste adapté. Constatant que les médecins n'avaient pu évaluer précisément cette capacité, le Tribunal a estimé qu'il y avait lieu de se baser sur les conclusions du COPAI dont la fonction était précisément de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré était à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Etant donné que l'appréciation du COPAI apparaissait globalement exacte et suffisamment proche de celle du Dr C\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, qu'elle était motivée et tout à fait convaincante, le Tribunal a jugé qu'il n'y avait aucun motif de s'en écarter. Cet arrêt est entré en force.
11. Le 4 mai 2006, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé.
12. Dans un rapport du 21 mai 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a confirmé que l'état de santé de son patient s'était aggravé par rapport à 2003 et qu'il y avait des changements dans les diagnostics puisqu'était apparue en 2004 une oligo-arthrite des deux épaules d'origine indéterminée provoquant une atteinte fonctionnelle bilatérale fluctuante, de sorte que l'intéressé était désormais limité non seulement au niveau du rachis mais également des épaules. Le médecin a émis l'avis que l'incapacité de travail était totale.
13. Le 28 août 2006, l'OCAI a considéré que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit de l'assuré à la rente.
14. Par téléfax du même jour, la Dresse A\_\_\_\_\_ a transmis à l'OCAI divers rapports radiologiques, au nombre desquels une échographie de la cheville droite du

18 avril 2005 mettant en évidence de petits épanchements articulaires tibio-astragaliens et métatarso-phalangiens ainsi qu'un foyer d'enthésopathie du jambier postérieur sans déchirure associée, ainsi qu'une tomodensitométrie des articulations acromio-claviculaires du 23 juin 2003 objectivant un remaniement des deux articulations acromio-claviculaires plus marqué du côté droit que du côté gauche et à caractère érosif évoquant plutôt une pathologie inflammatoire qu'un remaniement dégénératif.

15. Le 27 juin 2008, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-chômage. Dans un rapport du 6 octobre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a estimé que si l'assuré ne pouvait effectivement plus exercer sa profession de maçon, on pouvait en revanche attendre de lui qu'il exerçât à mi-temps une activité lui permettant d'épargner le bas du dos et les épaules. Le médecin a relevé que l'assuré pouvait rester assis une à deux heures d'affilées, qu'il pouvait rester debout 15 à 30 minutes par jour, marcher mais pas trop longtemps et lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum cinq kilos. Il devait éviter les positions statiques, les accroupissements ou agenouillements, les inclinaisons du buste, le travail en hauteur ou sur une échelle ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.
16. Le 15 octobre 2008, l'assuré a indiqué à l'OCAI que son état de santé était resté le même et qu'il se trouvait à l'assurance-chômage à 50%.
17. Dans un rapport du 17 novembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire durant les 12-18 derniers mois. Elle a précisé que le problème rhumatologique avait une influence sur la capacité de travail depuis des années. Le rachis devenait rapidement douloureux et le patient ne pouvait rester assis plus de deux heures. Les limitations fonctionnelles touchaient essentiellement le rachis lombaire et les épaules. L'état de santé de l'assuré ne s'était pas suffisamment amélioré pour envisager une reprise, même à 50% au vu de la récurrence rapide des douleurs à l'effort ou au maintien postural.
18. Du 20 octobre au 17 novembre 2008, l'assuré a suivi à mi-temps (trois heures par jour) un stage d'observation professionnelle dans l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG (ci-après : ARP) ; on lui a confié des activités permettant l'alternance des positions, telles que du mailing, de la réfection de dossiers et divers travaux de menuiserie. Le maître socio-professionnel a observé que l'assuré avait alterné sans difficultés ses postures durant la matinée. Il a fait état d'un rendement de 60% sur un mi-temps s'agissant d'activités simples mais a relevé que ce rendement diminuait progressivement pour ne plus s'élever qu'à 40% en fin de matinée, et ce, même lorsque l'on réservait la possibilité à l'assuré de changer de position. Le maître de stage a confirmé les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr D\_\_\_\_\_ et a émis l'avis que la situation médicale s'était dégradée

depuis l'évaluation faite par le CIP en 2004 puisque le rendement de l'intéressé avait notablement diminué si on le rapportait à un plein temps. Sur la base de ses observations, il a estimé que l'assuré n'était plus en mesure de travailler dans le marché économique, même à 50%, mais seulement en atelier protégé, où l'environnement serait plus adapté à ses besoins.

19. Le 12 février 2009, l'OCAI a informé l'assuré qu'il considérait que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
20. Le 13 février 2009, l'OCE a quant à lui rendu une décision d'inaptitude au placement.
21. Par courrier du 23 février 2009, l'assuré a contesté la position de l'OCAI. Invoquant l'appréciation de l'ARP, il a fait valoir que sa situation médicale s'était manifestement dégradée depuis l'évaluation à laquelle le CIP avait procédé en 2004.
22. Par décision datée du 12 février 2009 et expédiée en courrier simple le 26 février 2009, l'OCAI a maintenu sa position sans répondre aux observations de l'assuré.
23. Par acte du 20 mars 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant principalement, à l'octroi d'une rente entière sous suite de dépens et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour évaluer l'évolution de son état de santé et sa capacité de travail.

Le recourant relève que le rapport établi par son médecin traitant en mai 2006, celui du Dr D\_\_\_\_\_ et celui de l'ARP font tous état d'une aggravation. Il fait valoir que les évaluations faites par les deux derniers sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude dès lors qu'elles émanent d'experts neutres et reconnus au plan des assurances sociales. Il allègue que l'OCE se fonde sur les mêmes critères que l'assurance-invalidité pour apprécier l'aptitude au placement. Subsidiairement, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin que sa capacité ou son incapacité de travail soit établie de manière indiscutable tant pour l'intimé que pour l'OCE, dont il a indiqué qu'il devait encore statuer suite à l'opposition qu'il avait formée contre sa décision.

24. Dans sa réponse du 4 mai 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il soutient que la comparaison des documents médicaux au dossier ne fait apparaître aucune aggravation notable de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision du 22 septembre 2004. Il relève que tant dans le questionnaire du 6 octobre 2008 que dans le rapport du médecin traitant daté du 17 novembre 2008, l'état de santé a été qualifié de stationnaire. Il ajoute que les troubles de l'épaule étaient déjà documentés lorsque la décision initiale de rente a été rendue et qu'il ne s'agit dès

lors pas d'un fait nouveau. Quant à l'évaluation de l'ARP, il estime qu'elle ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait.

25. Dans sa réplique du 20 mai 2009, le recourant a relevé désormais, les deux membres supérieurs étaient touchés. Il a ajouté qu'en tout état de cause, même si l'atteinte était déjà connue, ses conséquences, en termes de limitations fonctionnelles, ont pu s'aggraver avec le temps. Enfin, il a reproché à l'OCAI de ne pas avoir indiqué quelles seraient les possibilités concrètes de travail entrant en considération.
26. Dans sa duplique du 23 juin 2009, l'intimé a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.
27. Par écriture du 4 août 2009, le recourant a requis l'appel en cause de l'OCE au motif que si le Tribunal rejetait son recours, les intérêts de l'OCE seraient touchés et qu'au vu de la réglementation sur la priorité des prestations en cas de doute sur le débiteur des prestations, l'assurance-chômage serait tenue de prester provisoirement.
28. Dans sa détermination du 12 août 2009, l'intimé s'en est remis à justice s'agissant de la requête d'appel en cause de l'OCE.
29. Le 14 août 2009, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et, sur ce, gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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. Les modifications légales contenues dans la LPGA - entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 - constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables.

- 
3. Étant rappelé que le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) et que la décision a été reçue par le recourant le 2 mars 2009, le Tribunal de céans constate que le recours interjeté en date du 20 mars 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
  4. Le litige porte sur la question de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente.
  5. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

Selon l'art. 17 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. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 et ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et ATF 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

6. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

---

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

7. Dans un premier temps, il y a lieu de déterminer le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA dès lors qu'après avoir accordé au recourant une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2003 par décision du 3 juin 2004 confirmée sur opposition le 22 septembre 2004, l'intimé a initié une première procédure de révision de rente en mai 2006 et a confirmé le droit à une demi-rente en date du 28 août 2006. Le dossier de l'assuré ne comportait alors qu'un rapport succinct de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 21 mai 2006 mentionnant une aggravation de l'état de santé par rapport à 2003 et des changements dans les diagnostics avec l'apparition en 2004 d'une oligoarthritis essentiellement des épaules. Force est de constater que l'OCAI n'a pas soumis ce rapport à son service médical et qu'il s'est borné à confirmer le droit à la rente tel qu'il avait été fixé initialement. Par conséquent, il convient de comparer l'état de fait prévalant au moment de la décision sur opposition du 22 septembre 2004, date de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et celui existant au moment de la décision litigieuse du 12 février 2009.
8. A l'époque de l'octroi de la rente, dans ses divers rapports des 5 mai et 3 octobre 2003 ainsi que du 1<sup>er</sup> juin 2004, la Dresse A\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et une spondylodiscite inflammatoire. Selon elle, l'assuré se plaignait de rachialgies devenues chroniques avec lombalgies à répétitions, d'irradiations dans le membre inférieur gauche, de fatigue, diarrhées et douleurs dans les deux épaules. A l'examen, elle avait constaté un syndrome vertébral chronique avec contracture de la musculature paralombaire, des douleurs à la palpation des articulations acromio-calviculaires des deux côtés avec arc douloureux à l'abduction entre 90 et 110°, une atteinte fonctionnelle bilatérale

fluctuante des deux épaules et du rachis lombaire due à une oligoarthritis, des mouvements lents et une marche laborieuse. L'incapacité de travail était entière depuis l'été 2002 et il n'était pas possible d'exiger du recourant l'exercice d'une autre activité. Selon elle, le recourant pouvait tenir les positions assise, debout et la même position du corps pendant environ une heure, marcher moins d'un kilomètre, lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum cinq kilos. En revanche, il ne pouvait pas s'accroupir, incliner le buste, se baisser, effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels/répétitifs.

Ces rapports ont été complétés par un stage professionnel effectué du 15 décembre 2003 au 18 janvier 2004 lors duquel les maîtres de réadaptation ont retenu un rendement de 60 %, à plein temps après réentraînement à l'effort dans les travaux légers à l'établi, le conditionnement léger et dans l'activité d'aide-monteur sans port de charges. Ils ont observé une baisse de rendement durant la deuxième moitié du stage s'expliquant par une plus grande complexité des activités sérielles et l'accumulation d'une certaine fatigue. Ils ont conclu que les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec un emploi pratique et léger dans le circuit économique normal permettant d'alterner les positions. Interrogé par le Tribunal de céans, le 23 février 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a conseillé de restreindre le port de charges et d'éviter les positions en porte-à-faux. Il a estimé qu'une activité ne sollicitant pas les régions lombaire et dorsale était possible, mais qu'il n'était pas certain que le recourant pût travailler toute la journée au vu de l'impressionnante hernie discale. De plus, un réentraînement au travail comme proposé par le CIP était envisageable.

9. Dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la décision litigieuse, tant le recourant dans le questionnaire du 15 octobre 2008 que la Dresse A\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 novembre 2008 ont fait état d'un état de santé stationnaire au moins depuis 2007. Dans son rapport, le médecin traitant a précisé qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, que le problème rhumatologique avait une influence sur la capacité de travail, que le rachis était rapidement douloureux et que le patient pouvait rester assis au maximum deux heures, puis devait se lever et alterner continuellement les positions. Les limitations fonctionnelles touchaient essentiellement le rachis lombaire et les épaules. Le recourant n'avait pas repris de travail vu son état de santé et la récurrence rapide de douleurs à l'effort ou au maintien postural. Pour sa part, dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-chômage, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé, dans son rapport du 6 octobre 2008, qu'on pouvait exiger du recourant qu'il exerçât une autre activité à raison de 50% épargnant le bas du dos et plus ou moins les épaules. Selon lui, le recourant pouvait tenir la position assise pendant une à deux heures, la position debout pendant 15 à 30 minutes, marcher sur une distance pas trop longue, lever, porter ou déplacer des charges d'au maximum cinq kilos. En revanche, il ne pouvait pas maintenir la même position du corps, s'accroupir, s'agenouiller,

incliner le buste, se baisser, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

Ces rapports ont été complétés par un stage professionnel effectué à mi-temps du 20 octobre au 17 novembre 2008 lors duquel le maître socio-professionnel a retenu un rendement de 60 % pour des activités simples avec une diminution graduelle de rendement qui atteignait 40% en fin de matinée. Il a estimé que la situation médicale s'était manifestement dégradée depuis l'évaluation faite par le CIP puisque le rendement avait notablement diminué si on le rapportait à un plein temps. Il a conclu que le recourant n'était plus en mesure de travailler dans le marché économique même à 50%.

En comparant, la situation du recourant telle qu'elle se présentait jusqu'à la décision sur opposition du 22 octobre 2004 et celle existant au moment de la décision du 12 février 2009, force est de constater que tant les plaintes du recourant que les diagnostics posés sont identiques et que les limitations fonctionnelles touchent toujours les mêmes parties du corps. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il ressort du rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2003 que les troubles de l'épaule se manifestaient déjà dans les deux membres supérieurs avant la décision initiale de rente. De plus, le médecin traitant considère toujours qu'une reprise de travail même à 50% n'est pas envisageable alors que le Dr D\_\_\_\_\_ admet qu'une activité adaptée à 50% est exigible de la part du recourant. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr D\_\_\_\_\_, elles coïncident en grande partie avec celles admises par la Dresse A\_\_\_\_\_ en mai 2003 à l'exception du maintien de la position assise qui a passé d'une heure environ à 30 minutes et celui de la position debout qui a augmenté d'une heure environ à deux heures. En revanche, le maintien de la même position du corps qui était possible pendant une heure ne l'est plus. Toutefois, cette modification n'a pas d'incidence sur la capacité de travail exigible du recourant puisque cela signifie seulement que le recourant doit alterner les positions. En effet, la douleur vient du fait de conserver longtemps la même position et le soulagement du simple fait d'en changer, de sorte qu'on ne saurait comprendre l'exigence de pauses régulières comme la nécessité d'interrompre ses occupations à intervalles donnés, mais comme le besoin de varier les angles de pression sur la zone corporelle lésée de sorte que le fait de devoir changer de position plusieurs fois par heure ne saurait rendre illusoire la mise en valeur de la capacité de travail d'un assuré (ATF non publié 9C\_749/2007 du 25 juin 2008, consid. 2.2 et ATF non publié 9C\_33/2007 du 21 janvier 2008, consid. 4).

En revanche, selon le maître socio-professionnel, le recourant ne serait plus en mesure d'exercer une activité dans le domaine économique, même à mi-temps au motif que le rendement a notablement diminué si on le rapporte à un plein temps. Le rapport sommaire de l'ARP n'est pas suffisamment motivé pour qu'une valeur probante lui soit reconnue. En effet, il n'explique pas pourquoi l'horaire du stage

---

était de 3 heures par jour au lieu de 6 heures et en quoi le rendement de 60% sur un mi-temps impliquerait une impossibilité d'exercer une activité dans le domaine économique en rapportant ce rendement à un plein temps. Il y a lieu de relever que ce rapport n'émane que d'un seul maître socio-professionnel alors que celui du CIP avait été établi par trois maîtres de réadaptation de sorte que ses conclusions donnaient moins de prise à des éléments subjectifs. En outre, lesdits maîtres avaient également constaté une diminution de rendement lors de la deuxième moitié du stage mais ils n'en avaient pas déduit les mêmes conséquences puisqu'il l'avait attribuée à la fatigue accumulée lors de ce dernier et à la complexité des activités sérielles. De plus, le maître socio-professionnel de l'ARP conclut à une situation médicale dégradée au vu de ses constatations, alors qu'il n'est pas médecin et que le médecin traitant ne fait nullement état d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Enfin, il n'explique pas pourquoi, la capacité de travail exigible de 50% retenue par le Dr D\_\_\_\_\_ ne serait pas exigible du recourant et il ne précise pas si ses conclusions tiennent compte de l'effort que l'on est en droit d'attendre du recourant pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4c et ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). Or, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (arrêt I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (ATF non publié 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3).

Le recourant n'établit pas à satisfaction de droit que ses problèmes de santé ou ses limitations fonctionnelles se sont aggravés, de sorte qu'il y a lieu de rejeter sa requête de mise en œuvre d'une expertise médicale (cf. appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c ; ATFA non publié I 654/02 du 30 juillet 2003, consid. 4.5).

En définitive, au vu du peu d'évolution de la situation du recourant prévalant entre les deux décisions et de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_, qui confirme dans les grandes lignes celle des maîtres de réadaptation du CIP, il faut conclure qu'il n'existe pas de modification importante de l'état de santé du recourant ou de sa capacité de gain.

10. Quant à la requête d'appel en cause de l'OCE, elle doit être rejetée.

Selon l'art. 71 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure; la décision leur devient dans ce cas opposable.

L'appel en cause permet de contraindre des tiers qui ne possèdent pas la qualité de partie faute d'en satisfaire les conditions à participer à la procédure afin de leur rendre opposable la décision, respectivement le jugement qui doit être rendu à son issue (cf. ATF 125 V 94 consid. 8b). Il vise à préjuger un rapport de droit entre l'appelé en cause et une partie principale dans une procédure pendante entre les parties principales. Dans la mesure où il a pour fonction d'éviter le déroulement d'une autre procédure sur les mêmes questions litigieuses, l'appel en cause est dicté par un souci d'économie de procédure. Il permet également d'éviter des décisions ou des jugements contradictoires (ATFA non publié B 47/02 du 25 août 2003, consid 3.2.1; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 154-155).

Dans le cas d'espèce, l'appel en cause de OCE ne se justifie pas puisque sa situation juridique n'est pas susceptible d'être affectée par l'issue de la présente procédure.

En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, assurance-invalidité et assurance-chômage n'ont pas un caractère complémentaire réciproque en ce sens que l'assuré exclu de la vie professionnelle pourrait invoquer soit l'invalidité, soit le chômage. Il n'est par conséquent pas d'emblée exclu qu'une même atteinte à la santé puisse conduire à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail et à la négation de l'aptitude au placement (ATF non publié 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3; DTA 1999 n° 19 p. 104 consid. 2 et 3, 1998 n° 5 p. 28 consid. 3b/bb p. 31; RCC 1984 p. 361, 1983 p. 112). Selon la jurisprudence (ATF non publié C 282/05 du 3 mars 2006, consid. 2.3), l'aptitude au placement englobe avec l'expression « est disposé à » aussi la capacité de travail. Dans le sens d'une application uniforme du droit, cet élément partiel de l'aptitude au placement doit être défini conformément à l'art. 6 LPGA, en tenant également compte de l'alinéa 2 de sorte qu'il s'agit non seulement de la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici ou dans le domaine d'activité, mais également des activités de substitution. Toutefois, ces termes ne sont pas identiques ce qui ressort déjà de l'utilisation de termes différents (« aptitude au placement »-« capacité de travail »). En outre, les organes de l'assurance-invalidité ne peuvent pas prendre en considération des motifs étrangers à l'invalidité (formation ou connaissances linguistiques insuffisantes) dans le cadre de l'incapacité de travail et doivent examiner ce qui est hypothétiquement exigible de la part de l'assuré compte tenu de son état de santé. Dans le cadre de l'assurance-chômage, certains points de vue étrangers à l'invalidité doivent être pris en considération pour pouvoir déterminer le travail convenable au sens de l'art. 16 al. 2 LACI. Étant donné que les motifs étrangers à l'invalidité ne sont pas déterminants, l'assurance-invalidité pose des

exigences moindres à un travail convenable que l'assurance-chômage. De cette façon, l'assurance-chômage tient compte d'éléments qui sont irrelevants dans l'assurance-invalidité. C'est pourquoi, les deux branches d'assurance sociale examinent les conditions de la capacité de travail, respectivement de l'aptitude au placement selon leur propres besoins spécifiques même si les organes de l'assurance-chômage doivent coopérer avec ceux de l'assurance-invalidité (art. 15 al. 1 phrase 1 OACI). Il n'existe pas non plus d'effet contraignant de l'évaluation des organes de l'assurance-invalidité vis-à-vis des organes de l'assurance-chômage (DTA 1998 N° 5 p. 34 consid. 5c). Puisque l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité ne se basent pas sur les mêmes conditions juridiques (d'une part incapacité de travail, d'autre part aptitude au placement), il peut arriver que pour la même atteinte à la santé, l'assurance-invalidité admette une pleine capacité de travail pendant que l'assurance-chômage nie l'aptitude au placement. Le fait que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité partent de la même notion de marché équilibré du travail n'y change rien (art. 6 LPGA et art. 15 al. 2 LACI) car cette notion théorique et abstraite sert de critère distinctif entre le domaine de prestations de l'assurance-chômage et celui de l'assurance-invalidité (DTA 2002 p. 241 consid. 3; ATF non publié I 758/92 du 16 juillet 2003, consid. 3.3).

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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