

GE_GERICHTE ATAS/322/2015 vom 4. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_322_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/322/2015 du 4 mai 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/322/2015 del 4 maggio 2015

Erwägungen

E. 24

Le 25 septembre 2007, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale laparoscopique (TEP) et ombilicale en paletot (rapports du Département de chirurgie des HUG - Dr J_____ des 25 et 28 septembre 2007).

E. 25

Par arrêt du 25 juin 2008 (9C 749/2007), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 septembre 2007 en considérant que l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles depuis la décision du 6 mars 2001 n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré évaluée à 100 %, qu'en particulier le fait de devoir changer de position plusieurs fois par heure ne pouvait rendre illusoire la mise en valeur de la capacité de travail et qu'il apparaissait très clairement que l'état

A/1781/2013 - 7/31 - de santé de l'assuré n'avait subi aucune modification entre le 6 mars 2001 et le 7 mars 2007.

E. 26

Le 8 septembre 2008, l'assuré a requis de l'OAI une aide au placement, d'abord à 50 % compte tenu de sa longue absence du marché de l'emploi et, à moyen terme, à 100 %.

E. 27

Par communication du 23 septembre 2008, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il serait informé du suivi, en particulier d'une date d'un éventuel entretien avec un spécialiste.

E. 28

Les 9 avril, 2 juillet et 12 octobre 2009, l'assuré a sollicité des nouvelles de la part de l'OAI.

E. 29

Par communication du 19 octobre 2009, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il avait interrompu le stage d'orientation professionnelle débuté le 7 septembre 2009 et ordonné une mesure d'orientation professionnelle aux EPI du 30 novembre 2009 au 14 mars 2010.

E. 30

Le 26 octobre 2009, un rapport de la réadaptation professionnelle (démarche de placement) faisant suite à un entretien avec l'assuré a relevé que celui-ci avait abandonné le stage auprès de la Fondation K_____ du 7 septembre 2009 au motif qu'il n'était pas en mesure de suivre les instructions sur le moniteur, mais que le responsable des parkings estimait que l'assuré était capable mais ne mettait pas tout en œuvre pour réussir. Un stage de trois mois aux EPI était proposé.

E. 31

Le 14 avril 2010, les EPI ont rendu un rapport suite à un stage du 30 novembre 2009 au 12 mars 2010, avec une période en entreprise du 27 janvier au 12 mars 2010, soit du 22 février au 5 mars 2010 (conditionnement léger) et du 8 mars au 12 mars 2010 (contrôle de tri de déchets) relevant que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec un travail simple et léger, à plein temps, respectant les limitations fonctionnelles, avec un rendement proche de la normale. Le domaine du conditionnement léger était adapté à l'état de santé de l'assuré. Un emploi de contrôle tri de déchets était également susceptible de convenir à l'assuré et nécessiterait d'être testé à l'aide d'un stage. L'assuré s'était correctement engagé durant toute la mesure. Il pensait toutefois qu'il était incapable de retrouver un emploi par lui-même et il demandait de l'aide.

E. 32

Le service des urgences des HUG a résumé, le 4 juin 2010, un séjour de l'assuré pour exacerbation d'une lombalgie. Une radiographie ne montrait pas de signe de descellement de l'arthrodèse L5-S1, ni de fracture.

E. 33

Une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée du 16 juin 2010 a conclu à un status post-prothèse discale L5-S1 et spondylodèse par vis transpédiculaires, protrusion discale foraminale droite en contact avec la racine L3 droite dans son trajet foraminal, protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane mais sans conflit radiculaire et le contenu canalaire en L5-

A/1781/2013 - 8/31 - S1 était inappréciable en raison des artéfacts provoqués par le matériel d'ostéosynthèse.

E. 34

Par communication du 3 septembre 2010, l'OAI a ordonné un stage auprès de L_____ SA en tant que manœuvre aux M_____ du 3 septembre au 3 décembre 2010.

E. 35

Le 22 mars 2011, l'OAI a relevé, dans une clôture de mandat de placement, que le stage de trois mois aux M_____ s'était bien déroulé et qu'en décembre 2010 L_____ paierait à l'assuré une formation de cariste avec un engagement comme machiniste à 60 %.

E. 36

Le 23 juillet 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que depuis dix ans il n'avait ni salaire, ni santé.

E. 37

Le 17 août 2011, l'OAI a requis de l'assuré les documents médicaux rendant plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 7 mars 2007.

E. 38

Le 12 septembre 2011, la Dresse D_____ a rendu un rapport selon lequel l'assuré présentait les diagnostics de status post arthrodèse L5-S1 post hernie discale opérée en 2003 et status post hernie inguinale bilatérale et hernie ombilicale opérée en septembre 2007. L'état de santé s'était aggravé depuis juin 2010 avec augmentation des douleurs dans le membre inférieur gauche et paresthésie nécessitant notamment une infiltration en janvier

2011 et le port permanent d'une ceinture abdominale de contention.

E. 39

Le 9 novembre 2010, le service de neurologie (Drs N_____ et O_____) des HUG a rendu un rapport suite à la consultation du même jour de l'assuré pour un diagnostic de lombosciatalgie S1 gauche et aspect arthrosique par PLIF L5-S1 avec cage Prospace le 20 mai 2003. L'assuré avait consulté en urgence le 17 octobre 2010. Il se plaignait de douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur gauche en augmentation depuis quelques mois et, depuis, une certaine perte de force dans tout le membre inférieur gauche. Une infiltration péiradiculaire S1 gauche était proposée.

E. 40

Le 3 juin 2011, le service de neurologie des HUG (Drs P_____ et Q_____) a rendu un rapport suite à la consultation de l'assuré du 1er juin 2011 pour un diagnostic de paresthésie mal systématisée au membre inférieur gauche, en status post PLIF L5/S1 en 2003. L'évolution était bonne suite à une infiltration péiradiculaire S1 gauche de janvier 2011.

E. 41

Le 15 juin 2011, le Département de chirurgie des HUG a écrit à la Dresse D_____ que l'assuré, suite à l'opération de septembre 2007 d'une hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale et celle du 23 juin 2010 (fils sous-cutané enlevé), présentait encore des sensations quotidiennes de piqûre, fugace, sans indication à un examen complémentaire.

E. 42

Le 16 septembre 2011, le Dr R_____, FMH médecine interne du SMR, a rendu un avis selon lequel une aggravation avec l'apparition d'un syndrome radiculaire S1

A/1781/2013 - 9/31 - avec parésie au membre inférieur gauche pouvait être admise et des renseignements devaient être requis de la Dresse D_____ et du service de neurologie des HUG.

E. 43

Le 3 octobre 2011, la Dresse D_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec une incapacité de travail totale et un traitement ordonné de physiothérapie, port d'une ceinture abdominale de contention et médicamenteux. Un éventuel retour au travail à 50 % était indiqué.

E. 44

Le 21 novembre 2011, le SMR a rendu un avis médical selon lequel l'état de santé s'était aggravé depuis juin 2010. L'épisode de juin 2010, purement sensitif, avait dû manifesterment répondre au traitement médical, mais de manière incomplète et pouvait justifier une incapacité de travail de 100 % durant une semaine à quinze jours, avec le traitement prescrit et un repos. On ignorait, sur le plan de son activité, ce qu'il en était résulté. Considérant les dires du médecin-traitant et vu l'évolution négative ultérieure une incapacité de travail entre juin et octobre 2010 pouvait être à la limite admise, pour autant que l'assuré n'ait pas repris le travail, ce qui n'était pas connu. Par contre, depuis une semaine avant la consultation de neurochirurgie du 21 octobre 2010, la perte de force dans tout le membre inférieur gauche était bien documentée et justifiait une incapacité de travail totale depuis le 14 octobre 2010, de manière continue jusqu'à ce que les effets de l'infiltration se soient manifestés.

L'expérience indiquait que les effets d'une infiltration étaient assez rapides et, qu'en cas

d'échec, il était généralement admis d'en tenter une seconde, voire une troisième à deux semaines d'intervalle. Une infiltration périradiculaire S1 avait été effectuée au mois de janvier et n'avait pas été répétée, de sorte qu'on pouvait admettre que la capacité de travail avait été de 50 % trois semaines au plus tard après la date de l'infiltration, qui n'était pas connue. En étant large, on pouvait fixer la reprise à 50 % le 1er mars 2011, avec reprise à 100 % un mois plus tard. Il était évident que le travail dont il s'agissait comportait des limitations fonctionnelles d'épargne du dos et un travail léger tel que décrit dans le rapport COPAI du 14 avril 2010. En cas de non reprise du travail, l'incapacité de travail était totale du 3 juin au 28 février 2011, à 50 % en mars et nulle dès le 1er avril 2011. En cas de reprise du travail entre juin et octobre, l'incapacité de travail était totale du 3 juin au 19 juin 2010, à 50 % du 20 au 27 juin 2010 et nulle dès le 28 juin 2010.

E. 45

Selon une note de travail de l'OAI du 30 novembre 2011, l'assuré avait été actif durant le dernier trimestre 2010 (trois mois de stage) de sorte que l'incapacité de travail ne s'était pas durablement dégradée entre juin et décembre 2010, que l'incapacité de travail totale débutait en janvier 2011, puis était de 50 % en mars et nulle dès le 1er avril 2011, qu'en conséquence un quart de rente d'invalidité était dû du 1er janvier au 30 juin 2011.

E. 46

Par projet de décision du 23 décembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que ce n'était qu'à partir de janvier 2011 que le taux moyen d'incapacité de travail atteignait 40 % (onze mois à 36 % et un mois à 100 %)

A/1781/2013 - 10/31 - ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité du 1er janvier 2011 jusqu'au 30 juin 2011, droit qui ne pouvait cependant être octroyé à l'assuré en raison d'une demande tardive (août 2011) et que des mesures supplémentaires de réadaptation ne permettraient pas d'améliorer sa capacité de gain.

E. 47

Selon un procès-verbal du 18 janvier 2012, l'assuré a indiqué qu'il voulait une mesure de placement et qu'il n'avait pas été engagé de manière durable à la suite de son stage mais que l'employeur était disposé à le prendre si un poste de travail se libérait.

E. 48

Le 6 février 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a observé que l'incapacité de travail totale avait curieusement été limitée au 28 février 2011, avec une reprise à

E. 50

% dès le 1er janvier 2011. L'expert n'indiquait pas en quoi son état de santé se serait amélioré dès mai 2011. L'OAI n'avait pas tenu compte de la diminution de rendement de 10 % dans son calcul du taux d'invalidité. Sa capacité de travail était au maximum de 50 %, comme l'attestaient les Drs D_____ et T_____. Son état psychique s'était également dégradé de sorte que sa capacité de travail n'excédait de ce point de vue pas non plus un 50 %. 67. Le 31 mai 2013, le Dr S_____ a attesté que l'assuré avait consulté dès le 3 mars 2012 et avait présenté un épisode dépressif moyen, guéri pendant 2-3 mois, puis une rechute dépressive sévère, devenue moyenne, ce qui était encore le cas actuellement. Il présentait un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et un isolement social sans perte d'intégration sociale. La capacité de travail était de 50 % depuis le 1er mars 2012. Le

risque de rechute était important. 68. Le 4 juin 2013, le Dr T_____ a attesté du fait que son appréciation différait de celle du Dr X_____ quant à la capacité de travail de l'assuré. Une activité adaptée n'était pas possible à plus de 50 % en raison des douleurs résiduelles. 69. Le 26 juin 2013, la Dresse Y_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr X_____ avait constaté une amélioration des symptômes selon la consultation des HUG du 1er juin 2011, après une infiltration de janvier 2011. Des divergences existaient sur le plan rhumatologique et l'assuré avait présenté une aggravation de son état psychique, selon le Dr S_____, avant la décision litigieuse de sorte qu'une instruction médicale était nécessaire. 70. Le 2 juillet 2013, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour reprise de l'instruction et nouvelle décision.

A/1781/2013 - 15/31 - 71. Le 22 juillet 2013, l'assuré a conclu à l'ordonnance par la Cour de céans d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. 72. Le 2 septembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions. 73. Le 27 janvier 2014, la Cour de céans confié une expertise bidisciplinaire aux Drs Z_____, FMH spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et AA_____, FMH spécialiste en rhumatologie. 74. Le 16 décembre 2014, les Drs Z_____ et AA_____ ont rendu leur rapport d'expertise. Du point de vue somatique, l'assuré se plaignait de douleurs au port de charges, en stations prolongées, à la longue marche, en position couchée, de lombalgies, de cervicalgies, de gonalgies, de céphalées, de vertiges mal définis, d'engourdissement du bras gauche la nuit, de douleurs et paresthésie du membre inférieur gauche. L'experte a posé les diagnostics, sur le plan rhumatologique, de lombalgies chroniques et sciatgie gauche intermittente fluctuante liées aux diagnostics suivants : - Status après cure de hernie discale L5-S1, spondylodèse et cage intersomatique L5-S1 - Protrusion discale médiane et paramédiane L4-L5 avec contact sur la racine L5 - Protrusion discale foraminale droite L3-L4 en contact modéré avec la racine L3 droite - Arthrose articulaire postérieure L4-L5 droite, L5-S1 bilatérale Les répercussions fonctionnelles étaient les suivantes : - Intolérance aux ports de charges sous peine de souffrir de lombalgies aiguës et douleur du membre inférieur gauche pendant plusieurs jours - Intolérance aux stations assises et debout prolongées - Intolérance aux flexions en avant du tronc, surtout si répétitives, à plus forte raison avec port de charges Les répercussions fonctionnelles lui paraissaient réelles. Actuellement, les limitations des capacités persistaient, des lombalgies aiguës survenaient occasionnellement sur un fond douloureux chronique, des douleurs du MIG étaient présentes par intermittence selon les positions et activités, ainsi qu'une boiterie selon l'importance des douleurs du MIG. Il y avait aussi une augmentation de la fatigabilité et la nécessité de faire des pauses dans les activités. Il y avait une aggravation depuis en tout cas juin 2010, montrée également par les examens radiologiques (un scanner du 16 juin 2010 montrant deux problèmes jamais mentionnés auparavant), de sorte que l'assuré était totalement incapable de travailler, comme l'avait admis le SMR, de juin à octobre 2010. Toutefois,

A/1781/2013 - 16/31 - contrairement au SMR, l'experte admettait une capacité de travail restreinte par la suite. Il y avait une contre-indication à la réalisation de travaux lourds, port de charges répétitifs de plus de 5 kg, ports de charges ponctuels de plus de 10 kg, mouvements répétitifs en porte-à-faux, et positions prolongées de plus d'une heure. Les avis lui paraissaient concordants à ce sujet. L'assuré ne pouvait pas travailler comme manœuvre ou machiniste sur les chantiers, ni comme chauffeur professionnel ou ouvrier d'usine. La poursuite du travail dans un centre de tri de déchets, où l'assuré travaillait actuellement à 20%, était indiquée, mais seulement à 50%, avec un rendement de 90% à 100%, à réévaluer

2 – 3 ans plus tard pour envisager une éventuelle augmentation de travail; une activité à 100% risquait de déclencher des épisodes lombo-sciatalgiques aigus. Actuellement, il n'y avait pas d'indication opératoire, mais une infiltration péri- radiculaire L4-L5 gauche était indiquée, mais sans influence sur la capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, l'assuré se plaignait de problèmes depuis 2011, au moment de l'aggravation de ses douleurs, se sentait tendu, irritable, avec un moral négatif, fatigué, avec un sommeil perturbé, triste, sans envies, pessimiste, soucieux. L'expert a pratiqué des tests concluant à une dépression légère et une anxiété mineure. Les valeurs des examens sanguins étaient dans la norme, en particulier liées à une consommation d'alcool. L'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique. Le traitement était adéquat. 75. Le 16 janvier 2015, le docteur AB_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel il était difficile de comprendre les arguments médicaux objectifs permettant à la Dresse AA_____ de retenir une radiculopathie, alors même qu'il n'y avait pas de signe de souffrance radiculaire du MIG à l'ENMG; son appréciation d'une capacité de travail de 50% n'était pas médico-théorique, mais basée sur les résultats des stages effectués. En conséquence, l'évaluation de la capacité de travail au niveau physique n'était pas convaincante. 76. Le 20 janvier 2015, l'assuré a observé que l'expertise, laquelle était probante, prouvait une aggravation de son état de santé depuis 2010, entraînant une limitation de sa capacité de travail à 50%, avec une baisse de rendement. En conséquence, une rente d'invalidité de 50% était due depuis le 1er janvier 2011. 77. Le 21 janvier 2015, l'OAI a suggéré de poser des questions complémentaires à la Dresse AA_____, afin que celle-ci motive la capacité de travail réduite à 50% et explique quels arguments objectifs permettaient de retenir une radiculopathie.

A/1781/2013 - 17/31 - 78. Le 18 février 2015, la Dresse AA_____ a rendu un rapport d'expertise complémentaire; les lombalgies chroniques de l'assuré étaient fluctuantes; un examen clinique normal n'excluait pas une détérioration discale et une sensibilité augmentée aux efforts et malpositions; le Dr T_____ avait confirmé l'alternance de périodes de douleurs supportables et de douleurs intenses; lorsque les lombosciatalgies étaient intenses, l'assuré présentait un syndrome vertébral lombaire aigu avec douleurs à prédominance L5-S1 droite; un examen clinique normal était présent hors douleurs aiguës, mais n'empêchait pas un diagnostic clair. L'anamnèse et l'examen clinique de l'assuré étaient très évocatrices d'une radiculalgie L5; un ENMG négatif n'excluait pas la radiculalgie; une anomalie de conduction motrice était souvent absente dans des cas de radiculopathies; la négativité de l'examen était probablement due chez l'assuré au fait que les paresthésies à trajet radiculaire étaient intermittentes et non permanentes; même certains cas de compression prouvée d'un nerf ne se voyaient pas à l'ENMG; le traitement était en apparence léger car les médicaments lourds n'étaient employés que lors des exacerbations; il n'y avait pas de signe de non organicité ni de fibromyalgie; une capacité de travail de 100% comportait un risque d'exacerbation dans un court délai; compte tenu du déconditionnement physique complet de l'assuré et des risques d'aggravation, la capacité de travail était, en l'état, de 50%. 79. Le 16 mars 2015, le Dr AB_____ a maintenu ses conclusions en relevant qu'on avait du mal à comprendre comment un assuré pouvait présenter des lombalgies sans signe clinique d'atteinte rachidienne, au moins des douleurs importantes; une limitation de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée n'était pas justifiée; on ne comprenait pas l'intérêt de demander un ENMG; la Dresse AA_____ confirmait que son évaluation n'était pas médico-théorique, mais qu'elle tenait

compte de facteurs psycho-sociaux, non assécurologiques. 80. Le 19 mars 2015, l'OAI a estimé que la limitation de la capacité de travail de l'assuré à 50% était liée à des facteurs non médicaux. 81. Le 20 mars 2015, l'assuré a observé que l'expertise de la Dresse AA_____ était probante et rejoignait l'appréciation des médecins-traitants et, le 31 mars 2015, que les conclusions de l'expertise rejoignaient celle des Drs T_____, D_____ et des psychiatres-traitants. 82. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

A/1781/2013 - 18/31 - 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 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA 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).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 23 juillet 2011 dans laquelle le recourant invoque une aggravation de son état de santé depuis 2010 ayant donné lieu à la décision de l'intimé du 8 février 2012 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, eu égard au principe précité. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/1781/2013 - 19/31 - 5. a) 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 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.

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

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Selon l'art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. 6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGGA dispose que 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 LPGGA, le 1er 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).

A/1781/2013 - 20/31 - 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 LPGGA. 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA 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). Un changement de

jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois

A/1781/2013 - 21/31 - catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou

la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

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 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

A/1781/2013 - 22/31 - 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).

c) 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. Ainsi, en principe, 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) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

A/1781/2013 - 23/31 -

g) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation

A/1781/2013 - 24/31 - professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). 9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 10. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

A/1781/2013 - 25/31 -

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que

certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 11. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de

A/1781/2013 - 26/31 - travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour

cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 12. a) En l'espèce, la première demande de prestations du recourant du 25 avril 2004 a été rejetée par décision de l'OAI du 7 mars 2007, elle-même confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 septembre 2007 et l'arrêt du Tribunal fédéral du 25 juin 2008. Le 23 juillet 2011, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations, laquelle a été rejetée par décision de l'intimé du 8 février 2012. Par arrêt du 3 septembre 2012, la Cour de céans a annulé la décision de l'OAI du 8 février 2012 et renvoyé la cause à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Celle-ci a été rendue le 22 avril 2013 et fait l'objet de la présente procédure. Il convient ainsi, en application de l'art. 17 LPGA, d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la dernière décision de l'intimé, entrée en force, du 7 mars 2007. b) Le recourant invoque une péjoration de son état de santé par l'exacerbation d'une lombalgie depuis juin 2010, des picotements et des douleurs dans tout le côté gauche, ainsi qu'une péjoration de son état psychique. c) Dans un avis du 26 juin 2013, le SMR a admis qu'une instruction médicale était nécessaire pour établir si le recourant avait présenté une aggravation de son état de santé au-delà d'avril 2011. Il est à constater que l'expert X_____ a considéré que

A/1781/2013 - 27/31 - l'état de santé du recourant s'était péjoré en juin 2010 mais amélioré dès avril 2011, ce que le recourant a contesté. Par ailleurs, le Dr S_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé psychique, par la survenance d'une rechute dépressive. Les faits étant insuffisamment instruits, la chambre de céans, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), a ordonné une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, laquelle a été rendue le 16 décembre 2014 et complétée le 18 février 2015. 13. a) L'expertise des Drs Z_____ et AA_____ du 16 décembre 2014, ainsi que le complément de cette dernière du 18 février 2015, répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Le volet psychiatrique a été admis par les parties, lesquelles acceptent la conclusion de l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant.

Quant au volet rhumatologique, l'intimé conteste la conclusion d'une capacité de travail restreinte à 50%, avec un rendement de 90% à 100%, au motif que les limitations fonctionnelles ne sont pas objectivées et que cette limitation relève de facteurs non-médicaux.

b) La chambre de céans constate que l'expertise rhumatologique est très complète et fouillée. Elle comprend un résumé des pièces médicales pertinentes, les plaintes du recourant, les observations de l'examen clinique, des examens radiologiques complémentaires et une discussion étayée concernant l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Elle pose le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et sciatgie gauche intermittente fluctuante et liste les limitations fonctionnelles suivantes : - intolérance aux ports de charges sous peine de souffrir de

lombalgies aiguës et douleur du membre inférieur gauche pendant plusieurs jours; - intolérance aux stations assises et debout prolongées; - intolérance aux flexions en avant du tronc, surtout si répétitives, à plus forte raison avec port de charges. Elle relève que les lésions lombaires constatées ont des répercussions sur la capacité de travail et que le recourant présente une fatigabilité et une nécessité de ménager des pauses; une activité à 100% risque de déclencher des épisodes lombalgiques, voire lombosciatalgiques aigus. Elle atteste d'une aggravation depuis en tout cas 2010, documentée par des scanners de 2010 et 2014 et l'examen clinique. Elle explique que l'examen clinique presque normal n'empêche pas que la pathologie disco-radicaire entraîne des douleurs et des paresthésies fluctuantes; l'examen neurologique normal n'exclut pas la radiculalgie, un déficit dans le territoire radicaire n'étant souvent présent que lorsque la compression est constante, importante et durable, ce qui n'est pas le cas chez le recourant.

A/1781/2013 - 28/31 -

L'experte a relevé qu'il n'y a pas de signe de non organicité ou de fibromyalgie. Dans ces conditions, les répercussions fonctionnelles lui paraissent réelles.

Elle a estimé que le recourant ne peut plus travailler comme manœuvre, ni comme chauffeur professionnel, ni dans un travail d'atelier ou d'ouvrier d'usine; le rendement est difficile à évaluer dans une activité adaptée; le problème est la fatigabilité et la nécessité d'augmenter la longueur des pauses; l'activité actuelle de gardiennage et de conseil au centre de tri des déchets est indiquée; cependant, une activité à 100% risque de déclencher des épisodes lombalgiques, voire lombosciatalgiques aigus; l'experte s'est déclarée d'accord avec l'avis du SMR du 21 novembre 2011 pour admettre une incapacité de travail de juin à octobre 2010, mais conteste la capacité de travail totale depuis le 1er avril 2011, en relevant que la capacité de travail était de 50%, dans un premier temps, avec une réévaluation possible 2 – 3 ans après.

c) L'intimé conteste tout d'abord la présence d'une radiculopathie; or, l'experte s'est longuement expliquée sur ce point, en retenant que l'ensemble du dossier, soit l'examen clinique (dont l'absence de signes de non organicité), radiologique et l'anamnèse lui permettent de considérer que cette atteinte est présente; en particulier, l'experte a relevé qu'une compression intermittente ne se traduit souvent pas par un examen ENMG positif. L'intimé estime ensuite que la limitation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée n'est motivée que par des arguments non-médicaux. Cette interprétation ne saurait être suivie. En effet, l'experte a précisé que l'activité actuelle de gardiennage exercée à 20% est parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, mais que, malgré cela, vu le déconditionnement physique complet de l'assuré et la fatigabilité, celui-ci doit médicalement impérativement recouvrer une activité progressivement, afin de se réhabituer à un minimum de sollicitations mécaniques, faute de quoi il risque une exacerbation dans un délai relativement court (expertise p. 30 et complément d'expertise p. 6). La chambre de céans constate que les motifs d'une capacité de travail limitée, dans un premier temps, à 50%, sont de nature médicales et aucunement d'ordre psychosociales. L'experte a d'ailleurs précisé que la capacité de travail devait être revue deux à trois ans plus tard. A cet égard, on peine à comprendre la remarque du SMR (avis du 16 mars 2015), selon laquelle l'experte "confirme que son évaluation n'est pas médico-théorique, mais plus qu'elle tient compte de facteurs psychosociaux." Enfin, s'agissant du traitement que l'intimé semble considérer comme trop léger par rapport à la pathologie retenue, l'experte a précisé que, très vraisemblablement, l'assuré avait réduit la prise de médicaments lourds lors des

exacerbations et s'en était tenu à la prise de Dafalgan lors de périodes calmes, afin de réduire les effets secondaires, ce qui est cohérent avec les diagnostics posés par l'experte de lombalgies fluctuantes.

A/1781/2013 - 29/31 - d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise bidisciplinaire judiciaire, laquelle a confirmé l'avis de l'OAI quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant de juin à octobre 2010, jugée nulle, mais contesté la capacité de travail totale reconnue depuis le 1er avril 2011 pour la fixer à 50%; il convient ainsi de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant depuis juin 2010, soit depuis la dernière décision de l'intimé, entrée en force, du 7 mars 2007, aggravation qui a entraîné une incapacité de travail totale du recourant du 1er juin au 31 octobre 2010, suivie d'une incapacité de travail totale du 1er janvier au 28 février 2011 et d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis le 1er mars 2011. 14. S'agissant du droit aux prestations du recourant, il convient de relever ce qui suit : Le recourant présente depuis 1998 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de machiniste; la commission de recours AVS/AI lui avait reconnu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, de sorte que son degré d'invalidité était de 36%. Le recourant a ensuite présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 1er juin au 31 octobre 2010 et du 1er janvier au 28 février 2011; dès le 1er mars 2011, le recourant a présenté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. L'art. 29 al. 1 LAI s'applique en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations, car il s'agit d'un nouveau cas d'assurance; la naissance du droit à une rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 ; ATF 9C_110/2014 du 13 juin 2014). En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de 6 mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard. En outre, la rente est versée au début du mois au cours duquel le droit prend naissance (ATF 9C_19/2015 du 20 mars 2015). Ainsi, dès lors que le recourant a déposé sa demande de prestations le 23 juillet 2011, le versement d'une éventuelle rente d'invalidité ne peut intervenir que 6 mois plus tard, soit à compter du 1er janvier 2012. Or, à cette date, le recourant présentait depuis au moins une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Le calcul du droit aux prestations du recourant peut ainsi être effectué en 2011, date à laquelle le recourant a présenté, depuis plus d'une année, une incapacité moyenne de travail de 40% au moins.

Pour le calcul du degré d'invalidité, il convient de retenir le salaire sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir comme machiniste. Selon la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse, pour les années 2012 à 2015 (CN), et la convention complémentaire sur les salaires de la commission paritaire genevoise du gros œuvre du 13 janvier 2014 (CCG), un machiniste / conducteur peut prétendre à un salaire mensuel de CHF 5'066.- par mois en 2012 (art. 41 a. zone rouge, classe de salaire B CN et art. 2 CCG). Le salaire annuel sans invalidité

A/1781/2013 - 30/31 - est ainsi de CHF 65'858.- (CHF 5'066.- x 13). Rapporté à l'année 2011 (- 0,8% pour 2012), il est de CHF 65'331.-. Ce salaire est du même ordre de grandeur que celui auquel on aboutit en partant du salaire 2001 du recourant retenu par la commission de recours AVS/AI, soit CHF 57'139.10, et indexé jusqu'à 2011 (+ 1,8% en 2002; + 1,4% en 2003; + 0,9% en 2004; + 1% en 2005; + 1,2% en 2006; + 1,6% en 2007; + 2% en 2008; + 2,1% en 2009; + 0,8% en 2010; +1% en 2011), soit un salaire annuel de

CHF 65'520.-.

A cet égard, s'agissant du salaire d'invalidé, il convient de prendre en compte un salaire issu de l'ESS 2010, tableau TA1, homme, niveau 4, lequel comprend des activités adaptées à l'état de santé du recourant, calculé selon un horaire hebdomadaire de travail en 2010 de 41,6 heures (la vie économique 3 – 2012 B 9.2 p. 94), soit CHF 5'097.04 par mois et CHF 61'164.50 par année. Pour un taux de travail de 50% et indexé en 2011, il est de CHF 30'888.-.

Il convient encore de retenir une déduction de 10%, laquelle tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles du recourant et du travail à temps partiel seul possible; à cet égard, il n'y a pas lieu de suivre la déduction de 20% appliquée en 2002 par la commission de recours AVS/AI, qui était trop généreuse car motivée uniquement par les limitations fonctionnelles du recourant. En conséquence, le revenu d'invalidé est finalement de CHF 27'799.-. En prenant le salaire sans invalidité le plus favorable à l'assuré, le degré d'invalidité est ainsi de : $65'520 - 27'799 = 57,57\% = 58\%$ 65'520 Ce degré d'invalidité donne droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er janvier 2012. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision de l'intimé du 22 avril 2013 annulée; il sera dit que le recourant a droit, depuis le 1er janvier 2012, à une demi-rente d'invalidité. Le recourant, qui obtient en grande partie gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/1781/2013 - 31/31 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.