

GE_GERICHTE ATAS/915/2017 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_915_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/915/2017 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/915/2017 del 16 ottobre 2017

Erwägungen

E. 42

Le 4 juin 2013, les HUG ont déposé au nom de l'assuré une nouvelle demande de prestation en joignant notamment un formulaire de demande signé par l'assuré le 10 mai 2013 et un questionnaire pour l'employeur du 22 février 2013 indiquant que les HUG étaient en train de définir un profil de poste compatible avec les restrictions de santé de l'assuré.

E. 43

Le 10 juin 2013, l'OAI a requis de l'assuré un rapport médical démontrant une aggravation probante.

E. 44

Le 8 juillet 2013, l'assuré a transmis à l'OAI : - un rapport du 24 janvier 2013 du Dr D_____ selon lequel l'assuré était inapte à assumer un poste d'aide-soignant, même à temps partiel, mais capable de faire de petits travaux de bureau sans formation spécifique à 50 % ; l'assuré étant motivé, il convenait de rouvrir son droit à l'AI, en vue d'un reclassement professionnel ; - un rapport du Dr E_____ du 27 juin 2013 selon lequel l'assuré était incapable d'exercer comme aide-soignant, mais pouvait travailler à 50 % dans des activités de bureau, adaptées à ses limitations fonctionnelles.

E. 45

Le 21 août 2013, le docteur R_____, du SMR, a estimé qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'était attestée par les Drs D_____ et E_____.

A/4374/2015 - 17/45 -

E. 46

La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 29 octobre 2013 et conclu à la mise en place de stages d'observation aux HUG.

E. 47

Un entretien a eu lieu aux HUG le 5 décembre 2013 en présence d'un représentant de l'OAI, durant lequel divers stages ont été envisagés à 50 % (selon courrier des HUG du 6 décembre 2013 et note de travail de l'OAI du 6 décembre 2013).

E. 48

Par courriel du 10 février 2014, les HUG ont indiqué à l'OAI que selon le docteur S_____, médecin du service de santé du personnel, l'assuré ne pouvait occuper un poste d'aide-soignant aux HUG et un stage ne pouvait être proposé à l'assuré, un poste adapté n'étant pas à disposition aux HUG. Selon un rapport du Dr S_____ du 24 janvier 2014, seul un poste administratif pourrait correspondre à la situation de santé de l'assuré.

E. 49

La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 18 août 2014 et conclu à un stage d'orientation professionnelle pour déterminer une activité adaptée.

E. 50

Par communication du 11 décembre 2014, l'OAI a pris en charge un stage chez T_____, entreprise sociale privée, du 24 novembre 2014 au 22 février 2015. 51. Selon le rapport d'évaluation de T_____ du 10 mars 2015, l'assuré essayait de faire le maximum pour respecter les horaires de travail des ateliers, mais avait dû régulièrement abréger ses journées à cause des douleurs et de la fatigue ; il était persévérant malgré les douleurs et respectueux du cadre ; il avait un rendement en qualité de 80 % et en temps de 40 %, insuffisant pour obtenir un emploi sur le marché du travail. L'activité de l'étiquetage de précision s'était révélée être la plus adaptée à la gestion de ses différentes positions, c'est-à-dire assis en utilisant trois chaises différentes avec jambes allongées ou non et position debout. Le rendement en qualité pour ce travail se situait entre 90 % et 100 %, le rendement en temps était estimé à 25 %. Cette activité avait permis de minimiser ses mouvements et ses douleurs. Le sérieux, le calme et le soin avec lesquels l'assuré abordait le travail avaient été observés par tous les responsables d'activité. De plus, l'assuré possédait un bon sens de l'observation et de l'écoute, qualités estimées aussi dans la relation avec ses collègues. L'assuré avait beaucoup apprécié d'être à nouveau en activité. Il se disait d'ailleurs prêt à continuer un stage non rémunéré pour avoir une mission en-dehors de son domicile, rencontrer des gens et participer à un travail. L'état de santé de l'assuré l'empêchait de retrouver une activité lucrative. Une activité suffisamment respectueuse de ses besoins, notamment en ce qui concernait la position de la nuque, n'était pas représentée sur le marché du travail. Cependant, il pourrait sans autre mettre à profit ses compétences relationnelles dans une activité bénévole. 52. A la demande de l'OAI, les HUG ont indiqué qu'en 2015, l'assuré gagnerait CHF 83'162.45. 53. Le 13 juillet 2015, la doctoresse U_____, du SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, et que ceci était confirmé par un stage chez T_____.

A/4374/2015 - 18/45 - 54. Le 13 juillet 2015, la réadaptation, sur la base du rapport de T_____ du 10 mars 2015, a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité dans le conditionnement. 55. Le rapport surveillance – MOP a conclu à la capacité de l'assuré d'exercer une activité dans le conditionnement, sans formation spécifique, la diminution de rendement admise par le SMR permettait à l'assuré de prendre du temps pour soulager ses douleurs. Le degré d'invalidité était identique à celui calculé en 2009. 56. Par projet de décision du 2 octobre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et un droit à la rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 27 % et une activité dans le conditionnement étant exigible sans formation. 57. Le 4 novembre 2015, l'assuré, représenté par Procap, a indiqué qu'il n'avait pas d'objections à formuler. 58. Par décision du 12 novembre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. 59. Le 14 décembre 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 novembre 2015 en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI ; il requérait l'audition des Drs D_____ et E_____, des responsables d'activité de l'entreprise T_____ et l'ordonnance d'une expertise judiciaire rhumatologique. L'OAI était entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Cependant, le dossier n'avait pas été instruit

médicalement, alors même que le stage chez T_____ concluait à une incapacité de travail totale. 60. Le 23 décembre 2015, le Dr R_____, du SMR, a estimé que l'IRM du 16 novembre 2015 était identique à celle du 11 janvier 2007 et que le Dr E_____ ne fournissait pas d'éléments objectifs pour une sévérité, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau. 61. Le 27 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'était pas entré en matière s'agissant du droit à la rente, puisqu'il n'y avait pas de détérioration notable de l'état de santé de l'assuré, mais uniquement sur le droit à des mesures professionnelles ; une expertise judiciaire ne se justifiait pas. 62. Le 3 février 2016, l'assuré a répliqué en relevant que le Dr R_____ ne se prononçait pas sur la différence de limitations fonctionnelles entre celles attestées par le Dr E_____ le 27 juin 2013 et celles retenues par le Dr I_____, ni sur le fait que son atteinte était de type dégénérative ; il ne se prononçait pas sur l'apparition de problématiques nouvelles au niveau C2 – C3, C3 – C4 et C4 – C5 ; il ne se prononçait pas sur les conclusions de T_____ ; le rapport du Dr R_____ n'avait pas de valeur probante. L'assuré a communiqué :

A/4374/2015 - 19/45 - - un rapport d'IRM cervicale du 16 novembre 2015 concluant à une inversion de la lordose cervicale avec cervicarthrose étagée associant une dessiccation discale débutante de C4 – C5 à C6 – C7 et une déchirure de l'anneau discal fibreux à ces trois étages venant jusqu'en surface. En C4 – C5, débord discal circonférentiel harmonieux. En C5 – C6, discuncarthrose gauche avec saillie foraminale droite en conflit avec la racine C6 droite. En C6- C7, protrusion discale médiane avec hernie discale foraminale gauche venant en conflit avec la racine C7 gauche ; - un rapport de consultation du 1er décembre 2015 du Dr Q_____, radiologue FMH, selon lequel « le patient a bénéficié d'une nouvelle IRM révélant clairement une hernie discale C6 – C7 gauche en conflit avec la racine C7 gauche et une hernie discale C5 – C6 droite. L'électromyogramme ne retient aucun signe d'urgence. L'IRM révèle également une inversion de la lordose cervicale avec un patient présentant une cervicalgie invalidante. La douleur première est située d'irradiation brachiale. La 2ème douleur est scapulaire interne, d'allure et de projection facettaire. A l'appui facettaire, on note une douleur élective prioritaire en C2 – C3, C5 – C6 et C6 – C7 d'allure facettaire étagée. Nous expliquons donc au patient que nous proposons comme convenu de trois blocs de la douleur. » 63. Le 29 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré : « J'ai des douleurs qui sont en constante augmentation. Elles concernent la nuque, le thorax, parfois les mains, le bas du dos, les jambes. Elles augmentent à l'effort, notamment lorsque je fais des mouvements avec les mains. J'ai également des maux de tête permanents et la sensation que je n'arrive pas à porter ma tête. J'ai d'importants troubles du sommeil. Je suis parfois réveillé en raison des douleurs et je n'arrive parfois pas à me rendormir du tout. J'ai questionné le médecin du Service de de santé des HUG sur une éventuelle opération, mais celui-ci me l'a fortement déconseillé. Il a dit que c'était très risqué, car j'ai plusieurs vertèbres qui sont lésées et une opération pourrait même augmenter les douleurs. Les activités du quotidien sont très limitées. Je ne m'occupe pas du ménage ; j'accompagne de temps en temps mes enfants à l'école. En raison de l'augmentation des douleurs, j'ai fait une IRM en novembre 2015 qui, selon mon médecin, a montré une péjoration avec une hernie discale, une arthrose cervicale et une lordose cervicale, notamment. On m'a proposé des infiltrations, mais les autres médecins que j'ai consultés me l'ont déconseillé. Le Dr D_____ a évoqué une amélioration de mon état de santé en janvier 2013 car, à cette époque, j'avais insisté auprès de lui pour retrouver un travail, en pensant que cela pourrait m'aider dans la gestion de mes douleurs et je lui ai également dit

que mon moral allait mieux. Il m'avait promis qu'il allait m'aider dans cette démarche.

A/4374/2015 - 20/45 - Durant le stage chez T_____, j'ai essayé de faire le maximum en supportant la douleur et en changeant de position. J'ai effectué des travaux administratifs sur ordinateur, du classement, de l'étiquetage, j'ai arrangé des boîtes, un travail de buanderie et de réception. J'ai souvent dû changer de position, car j'avais des fourmillements dans les jambes, ainsi que des douleurs. Je suis suivi par le Dr E_____ que je vois une à deux fois par mois, en fonction des douleurs. J'ai toujours envie de travailler et j'aimerais bien trouver un travail compatible avec mes problèmes de santé. J'ai essayé de trouver un travail aux HUG, mais ceux-ci ont refusé, même un stage à 50 %. » La représentante de l'OAI a déclaré : « Juridiquement, nous maintenons que la décision litigieuse est un refus d'entrer en matière sur la rente. Nous considérons que le rapport du 13 juillet 2013 de la Dresse U_____ était clair. Dans le cas contraire, nous n'ordonnons jamais directement une expertise médicale, mais nous devons repasser par le SMR, qui a le pouvoir de décider des instructions médicales. Nous avons considéré qu'une activité dans l'industrie légère était possible et qu'elle consistait donc en une mesure simple et adéquate, de sorte qu'un reclassement n'est pas justifié. Dans le cas du recourant, il était au bénéfice d'un diplôme d'aide-soignant. Même si la formation antérieure est prise en compte, dans ce cas-là, il ne se justifie pas qu'une mesure de reclassement soit ordonnée. A la lecture du recours, je constate que M. A_____ demande principalement une rente et qu'il ne se sent pas spécialement apte à travailler. » L'avocat de l'assuré a déclaré : « Mon client veut clairement retravailler ; il souhaite donc une mesure professionnelle. Mais, lorsqu'on lit les conclusions du rapport de l'entreprise T_____, on peut avoir des doutes sur la capacité de travail de M. A_____. S'il s'agit d'une décision de non-entrée en matière, comme l'estime l'OAI, nous estimons que l'aggravation a été suffisamment vraisemblable pour que l'OAI entre en matière sur la demande de révision. S'il s'agit d'une décision de refus de rente, le dossier n'a manifestement pas été instruit suffisamment du point de vue médical. » 64. Le 17 mars 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise à la doctoresse V_____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, et leur a fixé un délai au 26 avril 2016 pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'experte et sur la mission d'expertise. 65. Le 4 avril 2016, le Dr R_____, du SMR, a indiqué qu'il n'avait pas de question complémentaire à poser. 66. Le 25 avril 2016, l'assuré a requis une modification des questions de la mission d'expertise, en ce sens que l'aggravation de l'état de santé devait être appréciée

A/4374/2015 - 21/45 - depuis la date de l'expertise du Dr I_____ et non pas depuis la dernière décision de l'OAI du 9 février 2009. 67. Le 3 mai 2016, l'OAI a observé que l'objet du litige ne concernait que le droit à d'éventuelles mesures professionnelles, le droit à la rente ayant été rejeté par arrêt de la chambre de céans du 30 mai 2011 ; l'OAI avait refusé d'entrer en matière sur le droit à la rente de l'assuré, celui-ci n'ayant apporté aucun élément susceptible de faire penser à une éventuelle détérioration ultérieure de son état de santé. Partant, les questions posées à l'expert relatives à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant devaient être supprimées de la mission d'expertise. 68. Par ordonnance du 10 mai 2016 (ATAS/367/2016), la chambre de céans a confié une expertise judiciaire à la Dresse V_____. 69. Le 4 décembre 2016, la Dresse V_____ a rendu son rapport d'expertise. L'assuré se plaignait de douleurs cervicales chroniques, fluctuantes, augmentées à l'effort, irradiant parfois dans la région occipitale et dans le rachis dorsal, avec sensation d'oppression thoracique, de lombalgies permanentes, fluctuantes,

augmentées au port de charge et à la station assise ou debout prolongée et à la marche, de gonalgies, de céphalées, de vertiges, parfois de douleurs diffusées aux membres supérieurs, de paresthésies brachiales, de douleurs constantes du membre inférieur droit avec parfois des paresthésies et une boiterie, une dyspnée d'effort et des douleurs abdominales. Elle a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : - Cervico-dorsalgies chroniques sur spondylarthrose étagée C4 à C7, hernies discales C5-C6 et C6-C7, uncarthrose C5-C6 bilatérale ; - Névralgies d'Arnold probables lors des cervico-céphalées intenses ; - Brachialgies à trajet C6-C7 bilatérales, vraisemblablement radiculaires, en raison d'un conflit de la hernie discale C5-C6 avec la racine C6 droite et d'un conflit de la hernie discale c6-C7 avec la racine C7 gauche ; - Lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et hernie discale L4-L5 ; - Sciatalgie surtout droite, mais dans une moindre mesure aussi gauche, à trajet mixte L5-S1, constante, augmentée par l'effort, peut-être liée au conflit de la hernie L4-L5 avec les deux racines L5. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : Les problèmes cervicaux et irradiations brachiales entraînent une difficulté de travail en flexion cervicale prolongée, en rotations cervicales répétées, en port / traction / poussée de charges, en position bras levés, lors d'efforts répétitifs des membres supérieurs. Les problèmes cervicaux limitent les transports publics à l'usage des trams, les départs / arrêts brusques des bus majorant les cervicalgies. L'existence de vertiges liés aux mouvements cervicaux, même de courte durée, contre-indiquent le travail en hauteur, sur échelle. Les problèmes lombaires et

A/4374/2015 - 22/45 - irradiations sciatalgiques entraînent une contre-indication au port de charges, près et à plus forte raison loin du corps, de plus de 5kg et sur une longue distance, ainsi qu'une contre-indication au travail en flexion du tronc. Les problèmes lombaires limitent les stations debout / assise prolongées à trente minutes dans les deux cas. Les gonalgies sont actuellement supportables, mais risquent ultérieurement de limiter la marche prolongée, les montées et descentes d'escaliers et de contre-indiquer la position accroupie. Les douleurs des pieds semblent actuellement beaucoup moins gênantes que les sciatalgies. L'assuré avait collaboré de façon optimale et l'examen clinique s'était révélé tout à fait cohérent. Il paraissait classique qu'un faux mouvement en flexion associé à un port de charge lourde puisse déclencher une discopathie / hernie discale chez un patient effectuant des travaux lourds depuis huit ans (ce qui est fréquent pour un aide-soignant s'occupant de patients handicapés). En 2016 la situation cervicale s'était clairement aggravée par rapport à l'expertise du Dr I_____. Une discopathie C4-C5 s'était ajoutée aux précédentes, une double hernie discale était présente en C5-C6 et C6-C7, chacune des deux étant en conflit avec une racine nerveuse, et une cervicarthrose étagée avec uncarthrose était présente. Il en était de même au niveau lombaire où il s'ajoutait une discopathie L3- L4, et la hernie discale était décrite comme diminuant de moitié la surface du canal à ce niveau et créant un conflit radiculaire avec la racine L5 des deux côtés. Compte tenu de l'aggravation de la situation, l'assuré devait éviter les positions extrêmes du cou, ne pas travailler bras levés, limiter le port de charges à 5kg, et éviter les positions fléchies du tronc. D'après l'observation du patient lors des trois anamnèses (observé alors qu'il parlait d'autre chose que de son rachis), la capacité de station tant assise que debout n'excédait pas trente minutes, et il lui était nécessaire de changer de position toutes les trente minutes. Par ailleurs, comme l'indiquait déjà le Dr E_____ en 2013, les positions agenouillées et accroupies, ainsi que les montées / descentes itératives d'escaliers ne pouvaient que provoquer des douleurs des genoux qui allaient alors empirer la situation, même si, isolément, elles étaient actuellement peu gênantes. Les douleurs des pieds n'étaient

actuellement pas significatives, compte tenu des problèmes susmentionnés, étant difficiles à distinguer des sciatalgies lors de la marche. S'agissant de la capacité de travail, l'experte relève ce qui suit : « Etant donné les nombreuses limitations fonctionnelles et la nécessité de changer de position toutes les trente minutes, il paraît impossible de fixer la capacité de travail à 100 %. La baisse de rendement serait d'au moins 50 % et des arrêts de travail répétés pour exacerbation des douleurs seraient prévisibles. Je ne suis donc pas de l'avis de la Dresse U_____. Une capacité de travail à 50 % me paraît tout aussi problématique. Le patient serait au travail moins d'heures mais serait tout aussi gêné par ses limitations fonctionnelles et son rendement ne serait pas meilleur. Je ne suis donc pas de l'avis

A/4374/2015 - 23/45 - du Dr E_____. La grosse difficulté est de trouver une activité adaptée aux problèmes du patient. En janvier 2009 déjà, M. K_____, responsable de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de neuro-rééducation, estimait le patient collaborant et plein de bonne volonté, mais très algique de façon évidente, obligé d'interrompre précocement des activités pourtant légères (restauration et montage d'un dossier), et donc inapte au placement dans le marché économique. En février 2014, la responsable des ressources humaines des HUG, Madame W_____, signalait que la réception de marchandises, la gestion de stocks, l'économat, l'archivage, les transports et la stérilisations, nécessitaient des sollicitations physiques trop importantes par rapport aux restrictions médicales de l'assuré, et que ces postes n'étaient pas spécialisés au point qu'on puisse confier à une personne uniquement de la manutention et des transports « légers ». De nombreux essais d'activités diverses ont été faits à fin 2014 – début 2015 lors du stage en entreprise T_____ (tri, courrier, travail à l'ordinateur, conditionnement, assemblage et démontage de petit matériel, étiquetage, comptage d'échantillons, travail en buanderie...). Les deux personnes responsables de l'évaluation, Mesdames X_____ et Y_____, qui l'ont observé pendant trois mois, ne trouvent pas d'activité adaptée. L'assuré essaie réellement d'accomplir les activités qui lui sont proposées, mais il ne peut pas travailler en force (avec les mains) ni avec une bonne coordination des mouvements, ce en raison des douleurs cervicales. Il ne peut pas rester longtemps dans la même position tant à cause des cervicalgies que des lombalgies. Il commence à changer de position après la première heure de travail et ensuite toutes les trente - quarante minutes. Il n'appelle que lorsqu'il souffre déjà beaucoup et a parfois tendance à aller au-delà de ses limites. Compte tenu de ces constatations, les deux évaluatrices estiment que si le rendement en terme de qualité de travail est entre 90 et 100 %, le rendement en temps de travail n'est que de 25 %, et qu'une activité suffisamment respectueuse de ses limitations n'existe pas sur le marché du travail. Je suis d'accord avec cette appréciation ». Enfin, l'experte n'avait pas eu du tout l'impression que l'assuré n'était pas motivé et adhérait aux conclusions de l'entreprise T_____ selon laquelle l'importance des limitations fonctionnelles empêchait toute réadaptation de l'assuré. Le pronostic était réservé et l'état de santé pouvait s'aggraver. 70. Le 16 décembre 2016, le Dr R_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'experte ne décrivait pas d'aggravation de la symptomatologie depuis l'examen du Dr I_____, même si les images radiologiques s'étaient aggravées et aucune information n'était communiquée sur la compliance au traitement ; l'état de santé ne s'était pas aggravé au point de justifier une incapacité de travail. 71. Le 20 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'experte n'avait pas expliqué l'aggravation de la maladie. 72. Le 9 janvier 2017, le recourant a observé que l'expertise judiciaire était probante et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2013.

A/4374/2015 - 24/45 - 73. À la demande de la chambre de céans, la Dresse V_____ s'est prononcée le 7 mars 2017 sur l'avis SMR du 16 décembre 2016. Les douleurs étaient supportables seulement en situation d'inactivité, les efforts, mouvements brusques et positions prolongées étaient mal supportées, situations fréquentes en milieu professionnel ; les douleurs lombaires s'étaient aussi améliorées mais en situation d'inactivité seulement. De nombreux essais de traitement avaient été effectués en dix ans ; le traitement avait été administré régulièrement mais arrêté un mois avant l'expertise en raison d'un asthme allergique, ce qui ne signifiait pas que l'assurée n'avait pas besoin d'antalgiques ; il avait d'ailleurs pris de la cortisone au moment de l'expertise. Ses médecins traitants n'avaient pas relevé de problème de compliance et les rapports de stage décrivaient l'assuré comme motivé, consciencieux et collaborant ; en ce qui concernait l'évolution, des douleurs des membres supérieurs de type neurogène accompagnées de paresthésies survenaient en cas de gros efforts et de petites manipulations prolongées et des douleurs du membre inférieur droit à trajet S1 étaient présentes depuis août 2016, augmentées après de gros efforts, ports de charges, marches et stations prolongées. Cette situation, qui pouvait, en ce qui concernait le membre supérieur, entraîner des lâchages d'objets, et, pour le membre inférieur, entraîner une boiterie, constituait une aggravation d'une part et justifiait l'arrêt de travail d'autre part. Cliniquement, la mobilité cervicale était diminuée et le syndrome vertébral cervical net. Les orifices des nerfs d'Arnold étaient douloureux au toucher. La mobilité lombaire était diminuée en flexion, avec irradiation sciatalgique bilatérale, situation reproduite lors de la manœuvre de Lasègue et à la palpation du Valleix moyen. L'examen était tout à fait concordant avec les plaintes, et ce alors que le patient était, dans l'ensemble (sauf en ce qui concernait les manœuvres douloureuses), détendu et collaborant. Le fait que le patient appliquait les mesures d'hygiène du dos de façon systématique, automatique et adaptée en disait long aussi sur la réalité des douleurs. En ce qui concernait l'évolution radiologique, la Dresse V_____ indiquait qu'elle n'allait pas répéter les descriptions des différents examens faits, mais les descriptions des radiologues montraient assez leur aggravation au cours du temps. Si l'on pouvait s'attendre à ce que des lésions dégénératives s'aggravent au cours du temps, décrire cette évolution comme normale et la minimiser lui paraissait être un illogisme ! Par ailleurs, que l'on puisse s'étonner de douleurs persistantes chez un patient en cas d'examen clinique et/ou de radiographies normales était logique, mais que l'on doute ou minimise l'importance des douleurs d'un patient, comme pour le recourant, chez qui il y avait concordance radioclinique en faveur d'une aggravation lui paraissait également être un illogisme. En conséquence des remarques susmentionnées, elle maintenait toutes les conclusions exposées dans l'expertise. 74. Le 22 mars 2017, le recourant a observé que le SMR reconnaissait l'aggravation des images radiologiques, lesquelles concordait avec l'aggravation des douleurs ; l'OAI ne pouvait pas critiquer l'expertise judiciaire et se référer à une expertise

A/4374/2015 - 25/45 - ancienne de huit ans. Il avait donc droit, sur la base de l'expertise judiciaire, à une rente entière d'invalidité. 75. Le 6 avril 2017, la doctoresse Z_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel l'experte sortait de son champ de compétence en invoquant des douleurs de type neurogène des membres supérieurs et une sciatalgie S1 pour retenir une aggravation de l'état de santé ; il n'y avait pas d'élément objectif d'ordre neurologique pour retenir une aggravation ; elle ne faisait pas une évaluation résiduelle de la capacité de travail et de la baisse de rendement avec la nécessité de changement de position toutes les trente minutes, ce qui équivaldrait à une baisse de rendement de maximum 30 % et se contentait de se fier aux évaluateurs de stage chez Pro. Enfin l'image

radiologique n'était dans la plupart des cas pas reliée à la symptomatologie douloureuse ; Le SMR maintenait ses précédentes conclusions. 76. Le 2 mai 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions. 77. Le 10 mai 2017, le recourant a observé que l'avis du SMR n'apportait aucun élément permettant de s'écarter de l'avis de l'experte judiciaire, étant relevé qu'un rhumatologue pouvait formuler des constatations sortant du cadre strict de la rhumatologie s'il estimait avoir les compétences pour se prononcer ; il constatait à cet égard que la Dresse Z_____, qui reprochait à l'experte de sortir de son champ de compétence, disposait seulement d'un titre FMH de médecine générale. 78. A la demande de la chambre de céans, la Dresse V_____ a donné des renseignements complémentaires le 26 juin 2017 ; elle a estimé qu'il était possible de déterminer rétrospectivement, d'après les documents disponibles, trois dates auxquelles la situation s'était clairement aggravée. Elle précise ainsi ce qui suit : « 1. Le scanner lombaire de 2006 montrait déjà une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite. En 2009, il a été jugé nécessaire de faire des infiltrations péri-radiculaires à ce niveau. Il est hautement probable qu'une aggravation s'était déjà produite à ce moment-là. Malheureusement, je n'ai pas pu retrouver la date exacte à laquelle ces injections ont été faites. 2. Depuis lors une deuxième aggravation a eu lieu en septembre 2016, en ce sens que les douleurs radiculaires du membre inférieur droit, intermittentes auparavant, sont devenues constantes et que les paresthésies du même territoire, rares auparavant, sont devenues fréquentes. 3. Il est difficile de retrouver la date exacte d'apparition des cervico-brachialgies (douleurs radiculaires des membres supérieurs d'origine cervicale), mais l'IRM cervicale de novembre 2015 montrait clairement deux hernies discales, l'une en C5- C6 avec conflit avec la racine C6 droite, et l'autre en C6-C7 avec conflit avec la racine C7 gauche. Suite à la réalisation de cette IRM, il a été proposé au patient des infiltrations périoradiculaires à ces deux niveaux. qui n'ont finalement pas été faites. On peut admettre, compte tenu de ces faits, qu'une troisième aggravation a eu lieu en novembre 2015.

A/4374/2015 - 26/45 - Globalement, compte tenu de ce qui précède, j'admettrais une première aggravation, concernant le rachis lombaire, en 2009, une seconde concernant le rachis cervical en novembre 2015, et une troisième concernant le rachis lombaire en septembre 2016. Il m'est difficile de quantifier les aggravations successives, ne disposant pas d'évaluation de l'intensité des douleurs faites soit par le patient lui-même (EVA), soit par les médecins traitants, ni de l'importance comparée des douleurs lombaires et des douleurs cervicales. Peut-être peut-on considérer, très approximativement, que la situation s'est dégradée, par rapport à l'état actuel, de 40 % en 2009, 40 % en 2015 et 20 % en 2016 (aggravation moins sévère que les précédentes à ce moment- là) ? » 79. Le 3 juillet 2017, le recourant a observé que la Dresse V_____ faisait état de deux aggravations du rachis lombaire l'une en 2009 et l'autre en septembre 2016, ainsi qu'une aggravation du rachis cervical en novembre 2015 fondée sur l'IRM cervicale du 16 novembre 2015 ; cette dernière aggravation devait être considérée comme survenue antérieurement à la décision litigieuse du 12 novembre 2015 ; il en était de même de celle du rachis lombaire de septembre 2016 car l'OAI avait manifestement violé son devoir d'instruire et elle était moins importante que les précédentes, lesquelles représentaient 80 % de la dégradation de la situation, de sorte que même sans cette dernière aggravation une rente entière d'invalidité devait être octroyée. 80. Le 21 juillet 2017, le Dr R_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la Dresse V_____ justifiait une première aggravation par les infiltrations effectuées en 2009 ce qui était insuffisant pour connaître l'état de santé de l'assuré après celles-ci et justifier une éventuelle aggravation durable ; s'agissant de l'aggravation de novembre 2015,

le fait que les infiltrations radiculaires n'avaient pas été pratiquées confirmait qu'elles n'étaient pas absolument nécessaires. L'experte basait ses évaluations sur les plaintes douloureuses du recourant. On ne pouvait qu'être convaincu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé avant la décision ; la capacité de travail était totale dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; celle-ci avaient peut-être pu augmenter, mais postérieurement à la décision de novembre 2015. 81. Le 17 août 2017, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR en rappelant que le litige ne portait que sur le droit à un reclassement mais non pas sur le droit à la rente ; l'experte n'avait pas attesté de détérioration de l'état de santé du recourant entre le 9 juin 2011 (recte : 30 mai 2011) et le 12 novembre 2015, les dates d'aggravations étant soit antérieures (2009), soit postérieures (18 novembre 2015 et septembre 2016) ; la preuve de la dégradation éventuelle de l'état de santé n'était pas rapportée puisque l'arrêt rendu par la chambre de céans en 2011 faisait obstacle à la reconnaissance d'une éventuelle dégradation avant cette date. Il s'agissait bien plutôt d'une nouvelle appréciation d'une même situation. L'OAI n'était pas entré

A/4374/2015 - 27/45 - en matière sur le droit à la rente dans la mesure où l'arrêt de 2011 avait confirmé le refus du droit à la rente et qu'une éventuelle détérioration de l'état de santé n'avait pas été rendue vraisemblable ; pour les mêmes motifs le refus de reclassement devait être confirmé, ce d'autant que le recourant concluait essentiellement à l'octroi d'une rente. 82. Le 24 août 2017, le recourant a observé que la décision litigieuse avait pour titre « refus de rente d'invalidité », de sorte qu'il était curieux de prétendre que le droit à la rente ne faisait pas partie de l'objet du litige. Même si le jugement de la chambre de céans datait de 2011, il avait confirmé une décision du 9 février 2009, de sorte que la modification de l'état de santé devait être examinée depuis 2008, année de l'expertise du Dr I_____, si par impossible l'avis de l'OAI était suivi, l'aggravation de 2009 devait être considérée comme un fait nouveau (révision procédurale) et il faudrait admettre qu'il n'était pas en mesure de l'alléguer avant l'arrêt de 2011. L'IRM du 16 novembre 2015 avait eu lieu avant la notification de la décision litigieuse et avant l'échéance du délai de recours, de sorte qu'il convenait d'en tenir compte, ce d'autant que les atteintes qu'elle constatait n'étaient pas apparues en seulement quatre jours ; même sans tenir compte de l'aggravation de 2016, la capacité de travail était nulle et le degré d'invalidité de 100 %. 83. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles et une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si la décision litigieuse comporte un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 4 juin 2013. 4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le

A/4374/2015 - 28/45 - degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de

A/4374/2015 - 29/45 - produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en

procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). 5. En l'occurrence, après réception de la demande de prestations du 4 juin 2013, l'intimé a sollicité du recourant le 10 juin 2013 la démonstration d'une aggravation probante de son état de santé ; le recourant a fourni des rapports médicaux des Drs D_____ du 24 janvier 2013 et E_____ du 27 juin 2013. Le 21 août 2013, le Dr R_____, du SMR, a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé ; l'intimé a ensuite mis en place un stage chez l'entreprise T_____, laquelle a conclu le 10 mars 2015 à une capacité de travail du recourant nulle sur le marché du travail, après quoi, la Dresse U_____, du SMR, a été sollicitée et s'est prononcée, dans un avis du 13 juillet 2015, en confirmant que le recourant était apte à travailler à 80 % dans une activité adaptée. Sur quoi, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 27 %, soit identique à celui calculé en 2009. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision litigieuse s'est bien prononcée sur le droit à une rente d'invalidité du recourant, dans le cadre d'une demande de révision initiée en juin 2013, et qu'à aucun moment l'intimé n'a rendu de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier après l'avis du Dr R_____ du 21 août 2013, lequel considérait que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'était pas attestée par les médecins-traitants de celui-ci. Au contraire, l'intimé a mis en place une orientation professionnelle et, suite au rapport de stage, a sollicité le SMR pour qu'il se prononce à nouveau sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, la décision litigieuse s'intitule « refus de rente d'invalidité » et conclut ce qui suit : « d'autres mesure professionnelles ne sont pas indiquées. Le droit à la rente d'invalidité n'est pas reconnu. » Elle fait état d'une nouvelle demande de prestations du recourant de juin 2013 et explique qu'après la mise en place d'une orientation professionnelle, le degré d'invalidité du recourant reste inchangé, l'exigibilité précédemment définie par le SMR étant toujours d'actualité. L'objet du litige porte ainsi tant sur le refus d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles que sur le droit à une rente d'invalidité.

A/4374/2015 - 30/45 - 6. 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 LPGA. 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 LPGA. 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 LPGA). 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). L'art. 17 al. 1er LPGA 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 LPGA, 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). 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 134 V 131 consid. 3; 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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

A/4374/2015 - 31/45 - 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). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. 7. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé

avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28 al. 2 LAI). 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

A/4374/2015 - 32/45 - 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. 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). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. b. 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). c. Le juge ne s'écarter 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,

A/4374/2015 - 33/45 - 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). d. 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). e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en

A/4374/2015 - 34/45 - présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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. 3b/cc). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). h. 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

A/4374/2015 - 35/45 - capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. 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). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que

A/4374/2015 - 36/45 - l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 11. 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 12. En l'espèce, la chambre de céans a ordonné une expertise rhumatologique judiciaire en considérant ce qui suit : Il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 9 février 2009, avec une incidence sur sa capacité de travail, de telle sorte que son degré d'invalidité serait supérieur à 27 %, étant précisé que celui-ci a été arrêté dans la décision précitée et calculé sur la base d'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée. Par ailleurs, il convient également de déterminer si, en toute hypothèse, le recourant a droit à d'autres mesures professionnelles. La chambre de céans constate que les médecins-traitants du recourant ont attesté d'une capacité de travail de celui-ci de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (avis des Drs D_____ du 24 janvier 2013 et E_____ du 27 juin 2013), que le Dr Q_____ a fait état, le 1er décembre 2015, du rapport d'IRM du 16 novembre 2015 en mentionnant des conclusions différentes de celles du rapport d'IRM du 11 janvier 2007 et que le rapport de stage de l'entreprise T_____ du 10 mars 2015 a conclu à une capacité de travail nulle dans le circuit économique normal, le rendement, dans une activité la mieux adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant étant, au maximum, de 25 %. Ces estimations et évaluations

vont dans le sens d'une aggravation plausible de l'état de santé du recourant. S'agissant de l'avis de la Dresse U_____, du SMR, du 13 juillet 2015 – selon lequel le rapport de stage chez T_____ confirmerait une capacité de travail dans le circuit économique normal de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % - outre qu'il est très sommaire, n'est pas probant, les conclusions du rapport de stage chez T_____ faisant état non pas d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %, mais bien

A/4374/2015 - 37/45 - d'une capacité de travail nulle du recourant. Or, dans le cas, comme en l'espèce, où les conclusions de l'observation professionnelle divergent sensiblement de l'appréciation médicale, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'intéressé ; tel n'est manifestement pas le cas de l'avis de la Dresse U_____ du 13 septembre 2015, sommairement motivé et contradictoire ; il incombe ainsi à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. S'agissant des observations de l'intimé, il convient de relever que, comme exposé ci-avant, l'intimé n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, mais bien une décision de refus de rente d'invalidité, de sorte que les questions portant sur l'aggravation éventuelle de l'état de santé du recourant sont pertinentes et seront maintenues. S'agissant des observations du recourant, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence précitée, le point de savoir si une aggravation de l'état de santé s'est produite doit être apprécié en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision de l'intimé reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit en l'occurrence la décision du 9 février 2009 et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse, en l'occurrence la décision du 12 novembre 2015. Partant, les questions 8 et 10 b. ne seront pas modifiées. 13. En l'occurrence, le rapport d'expertise judiciaire de la Dresse V_____ du 4 décembre 2016 comprenant les compléments des 7 mars et 26 juin 2017 remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expertise contient une anamnèse, les plaintes du recourant sont exposées de façon très claire et détaillée (cervicalgies, lombalgies, plaintes liées au système ostéo- articulaire, à l'aspect neurologique et de médecine générale), l'examen clinique est résumé de façon précise, les diagnostics et les limitations fonctionnelles sont clairs et l'évolution de la situation est décrite de façon très complète. L'experte conclut à une aggravation de la situation depuis l'examen effectué par le Dr I_____, de manière progressive. L'examen clinique était cohérent ; en 2016, la situation cervicale et lombaire s'était clairement aggravée et était apparu un syndrome rotulien bilatéral ; l'aggravation de l'état de santé était attestée radiologiquement et les douleurs étaient en concordance avec l'aggravation constatée et avec l'examen clinique. S'agissant de la survenance de l'aggravation, il était hautement probable qu'une aggravation s'était produite en 2009, quand des infiltrations péri-radiculaires avaient été jugées nécessaires, puis une seconde en novembre 2015 démontrée par l'IRM cervicale du 16 novembre 2015 (apparition de cervico-brachialgies), et une troisième en septembre 2016 (douleurs radiculaires du membre inférieur droit devenues constantes, avec paresthésies fréquentes).

A/4374/2015 - 38/45 - Compte tenu de l'aggravation de la situation, le recourant devait éviter les positions extrêmes du cou, le travail les bras levés, le port de charges de plus de 5 kg, les positions fléchies du tronc, la position assise ou debout de plus de 30 mn, la position agenouillée, accroupie, les montées/descentes itératives d'escaliers ; par ailleurs, les

douleurs cervicales et lombaires s'exacerbaient par certains mouvements en milieu professionnel. La capacité de travail comme aide-soignant était nulle. En particulier, l'experte déclarait rejoindre le rapport de stage en entreprise Pro selon lequel le rendement en temps de travail du recourant n'excédait pas 25 % et qu'il n'existait pas sur le marché du travail une activité suffisamment respectueuse des limitations du recourant, lesquelles étaient nombreuses. On pouvait considérer, même s'il était difficile de la quantifier, que la situation s'était dégradée par rapport à l'état actuel de 40 % en 2009, de 40 % en 2015 et de 20 % en 2016. Le recourant lui paraissait très motivé pour retravailler ; le pronostic était très réservé. 14. Les critiques du SMR à l'égard de l'expertise judiciaire ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de celle-ci. Le Dr R_____ relève tout d'abord que l'experte ne fait pas mention d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse depuis l'examen réalisé par le Dr I_____ ; à cet égard, l'experte a cependant précisé que les douleurs étaient supportables en situation d'inactivité mais exacerbées dans les efforts, mouvements brusques, positions prolongées, flexions du tronc, port de charge, impulsions ou valsalva, fréquentes en milieu professionnel, parfois avec irradiation dans la région occipitale et dans le rachis dorsal et avec des céphalées occipitales, des vertiges, des oppressions thoraciques (expertise p. 4-5 et complément d'expertise du 7 mars 2017). L'experte décrit, contrairement à l'avis du Dr R_____, des douleurs qui apparaissent à l'effort et parfois sans cause évidente, surtout la nuit, le recourant ayant même porté une collerette pendant un an (expertise p. 3 et 4). L'experte décrit aussi des douleurs augmentées du membre inférieur droit avec paresthésies (expertise p. 5) et des douleurs de type neurogène des membres supérieurs accompagnées de paresthésies qui étaient nouvelles (complément d'expertise du 7 mars 2017). L'experte a posé des limitations fonctionnelles supplémentaires (expertise p.14). La mobilité cervicale et lombaire était diminuée (complément d'expertise du 7 mars 2017). L'experte a constaté une concordance entre l'aggravation radiologique, admise par l'intimé, les augmentations des plaintes et l'examen clinique de sorte qu'une aggravation de l'état de santé du recourant a effectivement été établie depuis la dernière décision de l'intimé. Le Dr R_____ estime que l'experte justifie la première aggravation de 2009 par les infiltrations effectuées cette année-là, ce qui serait insuffisant pour connaître l'état de santé du recourant après celles-ci et justifier une éventuelle aggravation durable ; à cet égard, l'experte a démontré que la situation s'était progressivement dégradée depuis 2008, pour arriver au constat d'une incapacité de travail totale

A/4374/2015 - 39/45 - depuis septembre 2016, date de la dernière aggravation reconnue ; en particulier par l'apparition d'une double hernie discale en conflit avec une racine nerveuse, une cervicarthrose étagée avec uncarthrose et une discopathie L3-L4 ainsi qu'un conflit radiculaire avec la racine L5 créé par la hernie discale. Les infiltrations de 2009, justifiées par une aggravation symptomatique, sont considérée comme la manifestation de l'aggravation progressive de l'état de santé du recourant, ce qui est cohérent par rapport à l'explication globale de la situation fournie par l'experte. S'agissant de l'aggravation de novembre 2015, le Dr R_____ estime que les infiltrations radiculaires n'étaient pas nécessaires dès lors qu'elles n'ont finalement pas été faites ; à cet égard, l'experte s'est fondée sur l'IRM du 16 novembre 2015 pour établir une aggravation de la situation, corroborée par l'apparition de cervicobrachialgies. Le fait que des infiltrations ont été proposées au recourant démontre que la symptomatologie, aggravée, a justifié une proposition de traitement plus invasif ; le renoncement à celui-ci ne saurait cependant être considéré comme la preuve d'une absence d'aggravation, comme semble l'affirmer le Dr

R_____, d'autres raisons pouvant présider au renoncement d'un traitement, tel que le peu de résultat escompté ou les effets secondaires possibles. Le Dr R_____ reproche à l'experte de se fonder sur les plaintes douloureuses du recourant ; l'experte estime que la quantification des aggravations survenues est difficile en l'absence d'une évaluation de l'intensité des douleurs ; ce constat ne signifie toutefois pas que l'aggravation est fondée uniquement sur les plaintes du recourant mais que l'aggravation objectivée engendre des douleurs incapacitantes, dont l'intensité aurait pu être qualifiée plus précisément à l'aide d'une évaluation. Le Dr R_____ relève encore que le traitement suivi par le recourant n'est pas clairement décrit ; à cet égard l'experte a toutefois expliqué que le recourant avait pris régulièrement du Tramal, médicament qui avait dû être arrêté en raison de problèmes d'ordre allergique et que le recourant avait ensuite reçu, pendant une période transitoire, au moment de l'expertise, de la cortisone ; le traitement antalgique avait certainement été modifié depuis ; aucun médecin traitant n'avait par ailleurs signalé un problème de compliance et il n'existait aucun indice allant dans ce sens. Enfin, le Dr R_____ semble admettre une aggravation de l'état de santé postérieurement à la décision litigieuse de novembre 2015 (avis SMR du 21 juillet 2017), ce qui relativise l'ensemble des critiques écrites à l'encontre du rapport d'expertise de la Dresse V_____. La Dresse Z_____ estime quant à elle que l'experte sort de son champ de compétence en faisant état de douleurs de type neurogène dans les membres supérieurs et de sciatalgie S1 ; cet avis n'est pas pertinent dès lors que l'experte s'est fondée sur les examens radiologiques et son examen clinique pour poser ces diagnostics et que les douleurs évoquées ont été motivées ; s'agissant de l'absence de preuve d'une atteinte radiculaire, invoquée par la Dresse Z_____, l'experte

A/4374/2015 - 40/45 - retient en effet des brachialgies vraisemblablement radiculaires et une sciatalgie peut-être liée au conflit de la hernie L4-L5 avec les deux racines L5, ce qui va dans le sens de la remarque de la Dresse Z_____ ; à cet égard, celle-ci n'explique cependant pas en quoi l'appréciation de l'experte serait insoutenable ; s'agissant de l'évaluation médicale, l'experte a adhéré aux conclusions du rapport de stage en entreprise T_____, mais sur la base de ses propres constatations médicales. Enfin, même si l'on devait suivre la remarque de la Dresse Z_____ et considérer que l'imagerie radiologique n'est dans la plupart des cas pas liée à la symptomatologie douloureuse, cela ne signifie pas encore, comme l'a relevé l'experte, que l'on puisse douter d'une symptomatologie lorsqu'il y a, comme en l'occurrence, une concordance radiologique en faveur d'une aggravation (complément d'expertise du 7 mars 2017). 15. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et de constater que le recourant est totalement incapable de travailler depuis septembre 2016, date de la dernière aggravation mentionnée par l'experte. Compte tenu des précisions fournies par celle-ci le 26 juin 2017, soit la présence d'une dégradation de l'état de santé du recourant de 40 % en 2009, 40 % en 2015 et 20 % en 2016, il y a lieu de constater que le recourant était en incapacité de travail dans toute activité à hauteur de 40 % dès le 1er janvier 2009, de 80 % dès le 1er novembre 2015 et de 100 % dès le 1er septembre 2016. S'agissant de la dernière aggravation de l'état de santé du recourant, survenue en septembre 2016, elle est postérieure à la décision litigieuse du 12 novembre 2015. S'agissant de la seconde aggravation, l'experte a précisé qu'elle avait eu lieu en novembre 2015 et qu'elle était corroborée par l'IRM du 16 novembre 2015. Dans ces conditions, on doit admettre qu'elle s'est bien produite antérieurement à la décision litigieuse du 12 novembre 2015. Toutefois, les conséquences de cette aggravation sont survenues postérieurement à la décision litigieuse,

en application de l'art. 88a al. 2 RAI, lequel permet de prendre en compte une aggravation si elle a duré au moins trois mois sans interruption notable, soit en l'occurrence, dès le 1er janvier 2016. Ainsi, entre le 9 février 2009, date de la dernière décision de l'OAI, et le 12 novembre 2015, date de la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié, entraînant une incapacité de travail déterminante de celui-ci dans toute activité de 40 % dès janvier 2009. A cet égard, on ne saurait suivre l'avis de l'intimé selon lequel l'aggravation de l'état de santé à prendre en compte doit se situer entre le 9 juin 2011 (recte : 30 mai 2011), date de l'arrêt de la chambre de céans, et le 12 novembre 2015 ; en effet, d'une part la chambre de céans était liée dans l'arrêt précité par les faits survenus jusqu'au jour de la décision litigieuse, soit jusqu'au 9 février 2009, puisque, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242), les faits survenus

A/4374/2015 - 41/45 - postérieurement et qui ont modifié cette situation devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362) ; d'autre part, la position de l'intimé aboutirait à la conséquence absurde qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré survenue entre la date de la décision litigieuse et celle de l'arrêt de la chambre de céans ne pourrait jamais être prise en considération. 16. Selon une jurisprudence constante, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 503 consid. 1.2 p. 503 et les références; arrêt 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3 [SVR 2012 IV n° 35 p. 136] ; arrêt du Tribunal fédéral du 10 novembre 2014 9C_636/2014). Le 5 juillet 2017, la chambre de céans a requis de l'intimé qu'il se prononce sur une éventuelle extension de l'objet du litige. Le 17 août 2017, l'intimé a répondu en contestant le fait qu'une aggravation de l'état de santé du recourant se soit produite entre le 9 juin 2011 et le 12 novembre 2016, en répétant que la décision litigieuse concernait uniquement un refus d'entrer en matière sur le droit à la rente et en se ralliant à l'avis du SMR du 21 juillet 2017 niant toute valeur probante aux conclusions de la Dresse V_____. L'intimé n'a, en particulier, pas affirmé qu'un éventuel droit aux prestations pour la période postérieure à la décision litigieuse du 12 novembre 2015 devait être examiné dans le cadre d'une procédure de révision (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral du 19 avril 2012 9C_598/2011). Dans ces conditions, vu le lien étroit existant entre l'incapacité de travail survenue le 1er janvier 2009 et l'aggravation des 1er novembre 2015 et 1er septembre 2016, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation au droit aux prestations du recourant au-delà du 12 novembre 2015, celui-ci étant en état d'être jugé. 17. Compte tenu de la survenance de l'incapacité de travail de 40 % dans toute activité au 1er septembre 2009, le délai de carence est venu à échéance le 1er janvier 2010. Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité du recourant à cette date. Le revenu sans invalidité 2010 correspond au revenu sans invalidité fixé dans l'arrêt de la chambre de céans du 30 mai 2011, soit CHF 82'858.- en 2007, indexé

à

A/4374/2015 - 42/45 - l'année 2010, de sorte qu'il est de CHF 86'980.- (+ 2 % en 2008, + 2,1 % en 2009 et + 0.8 % en 2010). Le revenu d'invalidé, en l'absence d'une activité exercée par le recourant, correspond à celui issu de l'ESS 2010, Tableau TA1, total, niveau de qualification 4, pour les hommes, soit CHF 4'901.- par mois, ou CHF 58'812.- par année, lequel, adapté à la durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises en 2010, soit 41,6 h, est de CHF 61'165.-. Compte tenu d'une activité exigible de 60 %, il est finalement de CHF 36'699.-. Vu l'âge du recourant, soit 47 ans en 2010, ses limitations fonctionnelles, sa longue activité d'aide-soignant exercée depuis 1998, laquelle lui a permis de réaliser, sans formation particulière, un salaire (référence 2010) de CHF 86'980.-, il convient d'appliquer une déduction sur le revenu d'invalidé. La question de savoir si cette déduction peut atteindre 10 % (cf. à cet égard arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2017 8C_319/2017) peut rester ouverte dès lors qu'une déduction de 5 %, laquelle est en tous les cas justifiée, aboutit à un revenu d'invalidé de CHF 34'864.- et au degré d'invalidité suivant :

= 60 % Or, ce degré donne droit à un trois quart de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2010. Une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidé n'aurait ainsi pas d'impact supplémentaire sur le droit à la rente du recourant. La nouvelle demande de prestations ayant été déposée par le recourant le 4 juin 2013, le droit à la rente est ouvert depuis le 1er décembre 2013. Dès le 1er novembre 2015, le recourant présente une incapacité de travail dans toute activité de 80 %, de sorte que son degré d'invalidité, calculé le 1er février 2016, soit à l'issue du délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI est le suivant : Le revenu sans invalidité 2016 correspond au revenu arrêté en 2010, indexé à 2016, soit un revenu de CHF 90'877.- (+ 1 % en 2011, + 0.8 % en 2012, + 0.7 % en 2013, + 0.8 % en 2014, + 0.4 % en 2015 et + 0.7 % en 2016). Le revenu d'invalidé 2016 correspond au revenu d'invalidé issu de l'ESS 2014, tableau T1, total, niveau 1, pour les hommes, soit CHF 5'365.- par mois, ou CHF 64'380.- par année, lequel, adapté à la durée normale de travail hebdomadaire dans les entreprises en 2014, soit 41.7 h, est de CHF 67'116.-. Indexé à l'année 2016, il est de CHF 67'856.- (+ 0.4 % en 2015 et + 0.7% en 2016). Compte tenu d'une activité exigible de 20 % et d'une déduction de 5 %, il est de CHF 12'893.-. Par conséquent, le degré d'invalidité du recourant, dès le 1er février 2016 est de :

= 86 % CHF 86'980.- - CHF 34'864.- CHF 86'980 CHF 90'877.- - CHF 12'893.- CHF 90'877

A/4374/2015 - 43/45 - Ce degré d'invalidité donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2016, étant relevé que dès le 1er septembre 2016 l'incapacité de travail étant totale, le droit à la rente est fondé, depuis le 1er décembre 2016, sur un degré d'invalidité de 100 %. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à un trois quart de rente d'invalidité dès le 1er décembre 2013 et à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2016. 19. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait

dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de

A/4374/2015 - 44/45 - nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). En l'occurrence, l'intimé n'a pas instruit médicalement le cas après le dépôt de la nouvelle demande de prestations du recourant du 4 juin 2013 et cela alors même que les conclusions du rapport d'évaluation de PRO du 10 mars 2015 faisaient état d'une incapacité de travail totale du recourant dans une activité lucrative sur le marché du travail. Il se justifie en conséquence de mettre les frais d'expertise de CHF 9'344.50 [soit CHF 8'628.40 (rapport d'expertise du 4 décembre 2016) + CHF 196.10.- (complément d'expertise du 7 mars 2017) + CHF 323.90 (analyses médicales du 15 mars 2017) + CHF 196.10 (complément d'expertise du 26 juin 2017)] à la charge de l'intimé. 20. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/4374/2015 - 45/45 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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