

# GE\_GERICHTE A/1107/2016 vom 31. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1107\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1107_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1107/2016 du 31 janvier 2017

IT: GE\_GERICHTE A/1107/2016 del 31 gennaio 2017

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961, d'origine italienne, divorcé, père de deux enfants nés respectivement en 1991 et en 1992, est arrivé en Suisse le 17 décembre 1989. Disposant d'un brevet de navigation en haute mer, obtenu en Uruguay en 1977, et au bénéfice d'un permis C depuis le 9 août 1995, il a collaboré en dernier lieu du 2 avril 2008 au 31 mars 2009 en tant que manutentionnaire à plein temps auprès de B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA (ci-après : l'employeur).  
Le 21 juillet 2008, l'assuré a été victime d'une chute sur son lieu de travail ; il est tombé sur l'hémicorps gauche. À compter de cette date, il a été en incapacité totale de travailler. Il ne reprendra pas d'activité professionnelle par la suite.  
Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), laquelle lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2010 (courrier de la SUVA du 12 août 2010).  
3. Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'assuré a eu une altercation avec un scootériste, lors de laquelle il a été victime d'une agression physique, ayant provoqué une tuméfaction du dos de la main droite à la base des quatrième et cinquième métacarpiens (cf. rapport du 2 octobre 2008 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, et médecin traitant), et en particulier, des micro-arrachements osseux à la base du troisième métacarpe (cf. rapport du 28 octobre 2008 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).  
4. Le 16 novembre 2008, l'assuré a été examiné aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il a déclaré avoir été agressé, en bas des escaliers de son immeuble, par un individu, qui lui aurait infligé plusieurs coups de tournevis. L'examen clinique a mis en évidence plusieurs plaies au niveau de l'épaule gauche, en sus-sternale, en latéro-sternale, ainsi qu'entre les doigts (quatrième et cinquième) de la main gauche (rapport des HUG du 16 avril 2009).  
5. Dans son rapport opératoire du 20 janvier 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait souffert d'une tuméfaction au poignet gauche à la suite de son accident du 21 juillet 2008. Le praticien a diagnostiqué une déchirure partielle du ligament scapho-lunaire dudit poignet avec synovite articulaire. Les douleurs ayant persisté, l'assuré a bénéficié d'une plastie de ce ligament par capsulodèse dorsale limitée.  
6. Dans son rapport du 3 février 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur une tomodensitométrie axiale computerisée du rachis lombaire et sacré, réalisée le même jour. Il a conclu à une protrusion discale en L4-L5, de localisation médiane et paramédiane gauche appuyant discrètement sur la racine L5, et à une protrusion discale en L5-S1, sans signe d'hernie.  
7. Le 26 juin 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI

ou l'intimé), invoquant des lésions au poignet gauche, ainsi qu'à la main droite.

8. Selon le questionnaire pour l'employeur du 9 juillet 2009, l'assuré a été licencié avec effet au 31 mars 2009. Il percevait, avant son atteinte à la santé, un salaire mensuel brut de CHF 4'553.60 (cf. décompte de salaire de juin et juillet 2008) pour une durée hebdomadaire de quarante-cinq heures.

9. Dans son rapport du 17 juillet 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'une déchirure au poignet gauche. Les douleurs persistaient, et l'incapacité de travail totale perdurait. La poursuite de l'activité habituelle n'était plus exigible ; le rendement avait diminué de 70%. En revanche, une reprise du travail dans une activité adaptée était possible. Le praticien n'a toutefois pas défini à quel taux. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les mouvements répétitifs et en force, ainsi que le port de charges au-delà de 5 kg.

10. À la demande de la SUVA, par courrier du 25 janvier 2010, l'employeur a informé cette dernière que l'assuré, s'il n'avait pas été victime de l'accident et était resté au sein de l'entreprise, aurait touché en 2010 un salaire annuel brut de CHF 53'850.-, un treizième salaire de CHF 4'487.-, ainsi que des allocations (caisse-maladie) de CHF 600.-, pour une durée hebdomadaire de quarante-et-une heures.

11. Sur demande de la SUVA, du 2 au 23 décembre 2009, l'assuré a séjourné dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour un bilan multidisciplinaire, en raison notamment de douleurs rachidiennes cervicales et lombaires, ainsi que de celles au poignet gauche, dont la mobilité était réduite. À cette occasion, divers examens ont été pratiqués.

Dans son rapport du 15 janvier 2010, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et médecin auprès de la CRR, a posé, à titre de diagnostics primaires, des thérapies physiques et fonctionnelles (sic). À titre de diagnostics secondaires, il a mentionné : entorse du poignet gauche le 21 juillet 2008 avec déchirure partielle du ligament scapho-lunaire, arthroscopie du poignet gauche avec plastie du ligament scapho-lunaire gauche par capsulodèse dorsale limitée le 20 janvier 2009, status après probable agression avec plaies multiples (interligne entre quatrième et cinquième doigt, main gauche, poignet gauche, épaule gauche sus et latéro-sternale) le 16 novembre 2008, et status après traumatisme de la main droite le 1<sup>er</sup> octobre 2008 avec micro-arrachements osseux du troisième métacarpe et hématome face interne du genou droit. L'assuré présentait les comorbidités suivantes : troubles musculo-squelettiques cervico-dorsaux et lombo-fessiers gauches de nature fonctionnelle non spécifique, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante (F 43.23), et une hernie inguinale gauche. En ce qui concernait le poignet gauche, les douleurs étaient situées à la face dorsale et dans la région de la styloïde radiale. Les douleurs augmentaient lors de la flexion. Il n'y avait pas d'arthrose visible, ni une atteinte neurogène surajoutée. Le médecin a retenu une raideur en rapport avec l'intervention chirurgicale effectuée et les douleurs dorsales. Aucune évolution n'avait été notée pendant le séjour, si bien que le médecin a considéré que la situation était stabilisée, et qu'une nouvelle opération n'était pas nécessaire. S'agissant des rachialgies, les examens pratiqués avaient uniquement signalé de minimes altérations de type dégénératif, banales ; aucune hernie discale n'était visible. Concernant le poignet droit, l'assuré ne s'était pas plaint durant le séjour. Une évaluation des capacités fonctionnelles avait également été réalisée, au cours de laquelle le niveau d'effort de l'assuré avait été de léger à moyen, avec des charges de 10 à 15 kg. La CRR a également procédé à un examen sur le plan psychologique, étant relevé à cet égard que l'assuré était suivi depuis septembre 2009 par un psychiatre, et que le traitement antidépresseur avait été bénéfique. L'assuré était très

sensible au respect, et témoignait d'une ténacité marquée. De caractère méfiant, il peinait à faire confiance, en particulier dans les relations sentimentales. Il présentait des symptômes anxieux, dont un sentiment d'oppression. En définitive, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante et des traits de personnalité quérulente étaient retenus (cf. consilium psychiatrique du 4 décembre 2009). La CRR a conclu que les troubles rachidiens avaient une origine musculo-fonctionnelles non spécifique, sans répercussion sur la capacité de travail. L'atteinte au poignet gauche entraînait, par contre, les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités de force, le port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, les mouvements répétés en flexion-extension et en rotation du poignet gauche. La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, respectant ces limitations. 12. Le 17 février 2010, l'assuré a été examiné par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA. Le praticien a constaté que la palpation du poignet gauche était diffusément douloureuse, et que l'assuré ressentait quelques douleurs à la palpation du poignet droit au niveau radio-carpien. Les douleurs persistaient en dépit des mesures thérapeutiques. Dans son rapport du même jour, le médecin a fait siennes les conclusions de la CRR, tant en ce qui concernait la capacité de travail exigible que les limitations fonctionnelles, et considéré que les douleurs légères au poignet droit ne modifiait pas l'exigibilité. Il a, cependant, ajouté que la réinsertion professionnelle pouvait s'avérer difficile, compte tenu des nombreuses plaintes subjectives de l'assuré, et du diagnostic posé sur le plan psychiatrique. 13. Par avis du 3 mars 2010, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a retenu, comme atteinte principale à la santé, une fracture du scaphoïde gauche, associée à une rupture ligamentaire radio-cubitale. Il a également relevé des diagnostics n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité, soit un status post-fracture du troisième métacarpien droit, une hernie inguinale gauche opérée le 19 juin 2009, ainsi qu'une discopathie L4/L5 et L5/S1. Au surplus, le SMR s'est rallié aux conclusions du rapport précité de la SUVA. Ainsi, l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 21 juillet 2008, mais complète dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues, à compter de février 2010. 14. Par décision du 17 décembre 2010, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 22 avril 2010, non contesté par l'assuré. Se fondant sur le rapport de la SUVA du 17 février 2010, ainsi que sur l'avis du SMR précité, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière, basée sur un taux d'invalidité de 100%, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations. La rente était limitée au 31 mai 2010, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. À l'échéance de ce délai, le degré d'invalidité s'élevait à 5.4%, après avoir comparé un revenu sans invalidité de CHF 58'500.- et un revenu avec invalidité de CHF 55'341.-, étant relevé qu'un abattement de 10% était opéré afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision. 15. Le 25 août 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une déchirure des tendons des épaules depuis 2012, une entorse aux poignets depuis 2009, ainsi qu'une déchirure méniscale au genou gauche. 16. Dans le cadre de cette nouvelle demande, les pièces suivantes ont été versées au dossier : - le rapport du 6 février 2014 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état d'une raideur importante au poignet gauche ; la flexion/extension était à 30/0/60, alors qu'elle était à 65/0/75 pour le poignet droit. L'assuré souffrait de douleurs du médus, de douleurs palmaires et de fourmillements

« hautement évocateurs d'un syndrome du tunnel carpien ». Selon le médecin, le « taux d'incapacité lié au problème de ce poignet [était] de l'ordre de 50% » ; [endif]>![if> - le rapport du 13 juillet 2014 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a noté que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en relation avec l'intervention chirurgicale au poignet gauche, laquelle avait causé une dégradation de sa mobilité et une aggravation de ses douleurs. Le trouble dépressif se manifestait « par un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités, une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité ». Il souffrait également « d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit » ; [endif]>![if> - le rapport du 15 septembre 2014 du Dr G\_\_\_\_\_, lequel a relevé que les douleurs persistaient sur la face dorsale du poignet gauche avec diminution de force. Aucun traitement chirurgical n'était indiqué et il fallait compter avec une réduction probablement définitive de la capacité fonctionnelle de cette main. Le praticien a également mentionné que, suite à une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'assuré avait bénéficié le 19 novembre 2013 d'une arthroscopie avec suture de la coiffe. L'amélioration avait été partielle; une limitation de l'élévation persistait en-dessus de l'horizontale tant dans le plan antérieur que latéral. L'assuré souffrait de douleurs d'effort ; l'échographie avait mis en évidence un état inflammatoire chronique. Des séquelles étaient à prévoir, touchant le membre supérieur dominant, avec répercussion sur la capacité de travail « théorique ». Enfin, depuis début 2014, l'assuré présentait des douleurs et des sensations de craquements sur la face interne du genou gauche. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) avait confirmé une déchirure méniscale interne, « en tout cas, partielle, qui devrait vraisemblablement être opérée prochainement ». [endif]>![if> 17. Dans son rapport du 16 octobre 2014, adressé à l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de raideur douloureuse post-traumatique au poignet gauche, d'un conflit sous-acromial aux épaules droite et gauche, et d'une déchirure méniscale interne au genou gauche. Le traitement actuel consistait en des séances de physiothérapie et la prise de Dafalgan. La capacité de travail dans l'activité habituelle de manutentionnaire était nulle depuis 2009. Le médecin a mis en exergue que la plupart des gestes de cette activité n'étaient plus possibles, en raison des douleurs et de la raideur du poignet gauche. La manutention de toutes charges était impossible. En revanche, « un travail de petites manutentions légères serait possible certainement à 50% ». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : les activités uniquement en position debout, et celles exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) étaient exigibles à 50%, et le port de charges était limité à 5 kg. [endif]>![if> Étaient joints audit rapport : - un rapport du 30 août 2013 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, en lien avec l'échographie des deux épaules réalisée le même jour. S'agissant de l'épaule droite, le médecin a relevé un important amincissement du tendon supra-spinatus, associé à une déchirure par désinsertion au niveau du footprint. Le muscle semblait montrer de très discrets signes d'infiltration graisseuse. Les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne présentaient pas de déchirure significative. Les muscles postérieurs étaient normaux, hormis une discrète arthrose acromio-claviculaire. Quant à l'épaule gauche, les muscles ne décelaient aucun signe d'anomalie, à l'exception d'une discrète altération dégénérative acromio-claviculaire ; [endif]>![if> - un rapport du 3 octobre 2013 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite de l'arthro-IRM de l'épaule droite,

réalisée le même jour. Le médecin a identifié une tendinopathie avec épaissement et hétérogénéité du tendon du muscle sus-épineux, révélant une déchirure de petite taille au niveau de son insertion sur la tubérosité humérale. Le liquide était contrasté dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Était décelable une lésion de surcharge modérée de l'articulation acromio-claviculaire, sans conflit sous-acromial ;

- un rapport du 19 novembre 2013 du Dr G\_\_\_\_\_ relatif à l'arthroscopie pratiquée le même jour en vue de la suture du tendon supra-épineux de l'épaule droite ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014 du Dr J\_\_\_\_\_ relatif à une IRM du genou gauche, réalisée le même jour. Il a relevé une déchirure oblique de « grade 3 » de la corne postérieure du ménisque interne, s'étendant à la racine méniscale et au corps méniscal. Une petite zone d'œdème de surcharge de la spongieuse de la partie latérale du plateau tibial interne avait également été décelée, ainsi qu'un petit kyste poplité de 17 mm de diamètre ;

- un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2014, rappelant, en substance, les atteintes décrites dans son rapport du 15 septembre 2014. Le médecin a ajouté que l'épaule gauche de l'assuré présentait également un conflit sous-acromial avec amincissement du supra-épineux, sans rupture, si bien que le traitement était purement conservateur. Le pronostic était réservé compte tenu de la multiplicité des atteintes des appareils locomoteurs. Un reclassement professionnel était souhaitable, l'assuré pouvant « aisément » effectuer de la petite manutention légère, des activités de contrôle, en position assise ou debout, ainsi que des déplacements réguliers impliquant la montée et descente d'escaliers.

18. Dans une note du 29 octobre 2014, l'OAI a mentionné que le dossier était attribué au service de réadaptation en vue d'évaluer et de mettre en place une mesure d'orientation et d'aide au placement.

19. Lors d'un entretien avec l'OAI le 12 novembre 2014, l'assuré a déclaré qu'il souhaitait une aide pour une reconversion. Il suivait des cours d'anglais à l'École-Club Migros, au moyen d'un chèque-formation. Il désirait suivre des cours au Centre d'études et de formation intégrée du Léman, mais ne disposait pas de moyens financiers. Il préférait bénéficier d'une formation plutôt que d'une mesure auprès de la Fondation intégration pour tous (ci-après : IPT). L'enquêteur a conclu que les mesures possibles seraient examinées à la lumière de deux nouveaux rapports médicaux qu'il convenait de requérir auprès du psychiatre et du cardiologue, un risque d'infarctus ayant été décelé le 14 août 2014 (cf. rapport d'évaluation du 12 novembre 2014).

20. Dans son rapport du 26 novembre 2014, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a noté, sous l'anamnèse, que l'assuré était connu depuis 2000 pour des investigations d'oppressions rétrosternales atypiques. Les tests d'effort réalisés à l'époque s'étaient révélés négatifs. En mars 2010, il avait consulté le médecin pour les mêmes symptômes, l'IRM de stress s'était également révélée négative. En raison de cette symptomatologie et d'une dyspnée, un test d'effort avait été effectué en juin 2014, couplé à une scintigraphie au Technétium, montrant des signes possibles d'ischémie dans le territoire antérieur, raison pour laquelle une coronarographie avait été ensuite pratiquée. Celle-ci avait mis en évidence une sténose de l'interventriculaire antérieure non significative, mais une surveillance régulière était nécessaire. L'assuré prenait des médicaments anti-ischémiques. À titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, le médecin a retenu la maladie coronarienne.

Le médecin a ajouté que l'assuré étant à l'arrêt de travail, il n'avait pas fourni de nouveaux certificats médicaux. La reprise d'une activité professionnelle était toutefois envisageable probablement à 100%, moyennant « la reconnaissance et les revendications de l'assuré, un certain aménagement du type d'effort et de l'exposition au froid », et la prise en compte des douleurs

rétrosternales dans le choix d'une réadaptation professionnelle. Le rendement était probablement réduit, compte tenu du stress post-traumatique et de son état dépressif. 21. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) depuis l'enfance, d'un épisode dépressif moyen (F32.1), et d'un probable syndrome de stress post-traumatique actuellement en rémission. Sous l'anamnèse, le médecin a indiqué que l'assuré avait déclaré avoir vécu durant son enfance et son adolescence dans un environnement violent. Le médecin a rappelé les agressions dont l'assuré avait été victime en 2008 (soit les coups de tournevis et l'altercation avec le scootériste). L'assuré avait l'impression que la justice avait été indulgente vis-à-vis de ses agresseurs ; il avait lui-même été condamné à vingt-quatre mois de prison, dont six mois ferme en 2012 avec sursis, pour tentative de lésions corporelles graves, jugement qu'il considérait « totalement injuste ». Il était également en conflit avec sa régie. Il avait des dettes et recevait une aide de l'Hospice général. Le médecin a ajouté que l'assuré avait tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Ses capacités d'anticipation étaient très réduites et des éclats de colère pouvaient le conduire à de la violence ou à des comportements explosifs, lesquels étaient déclenchés lorsque les actes impulsifs étaient contrariés ou critiqués par autrui. Il avait de nombreux conflits avec son entourage. Il se sentait facilement agressé, et présentait une sensibilité excessive aux échecs ou aux rebuffades. Il refusait de pardonner les insultes ou les préjudices, et avait une tendance rancunière tenace. Il interprétait les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes. Selon le médecin, le pronostic dépendait de la possibilité de retrouver une insertion professionnelle. L'assuré bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux. En outre, le médecin a mentionné qu'il n'avait pas établi de certificats d'arrêt de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'abaissement de l'humeur, la réduction de l'énergie entraînaient une augmentation de la fatigabilité, une diminution de la capacité de travail, ainsi qu'une diminution de la concentration, de l'attention, de l'estime et de la confiance en soi. La capacité de compréhension et d'adaptation, et la résistance n'étaient pas limitées. Ses réactions impulsives et le sentiment d'être agressé rendaient difficiles les relations professionnelles. Cela étant, le suivi psychiatrique pouvait réduire ces restrictions psychiques. Le médecin a recommandé des mesures de réinsertion professionnelles progressives. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail était possible. Le praticien n'a toutefois pas spécifié la date à partir de laquelle une telle capacité serait exigible, ni le degré. 22. Dans son avis du 31 mars 2015, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin du SMR, s'est référée aux conclusions des Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Sur le plan orthopédique, elle a considéré que les séquelles au poignet gauche, lesquelles n'avaient pas évolué favorablement, avaient déjà été prises en considération dans le rapport précédent du SMR. Elle a estimé, compte tenu des multiples atteintes articulaires, nécessitant l'éviction de tout travail de force sollicitant les membres supérieurs et inférieurs, qu'aucune activité de manutention n'était plus exigible, ce contrairement à l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré conservait une capacité de travail de 50% dans une activité de petite manutention légère. Cependant, la capacité de travail de l'assuré demeurait entière dans une activité adaptée, sédentaire, ou avec de courts déplacements en terrain plat, sans port de charges, et sans travail des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan psychiatrique et

cardiologique, elle a noté que les médecins n'avaient pas attesté une incapacité de travail en lien avec les diagnostics posés. Tout travail physique et l'exposition au froid devaient toutefois être évités, en raison de la maladie coronarienne. En définitive, la Dresse L\_\_\_\_\_ a considéré que l'apparition des nouvelles atteintes orthopédiques, psychiatriques et cardiologiques ne modifiait pas la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues. [endif]>[if> 23. Le 9 avril 2015, l'OAI a contacté l'assuré pour lui proposer une mesure IPT. Ce dernier a répondu qu'il souhaitait pouvoir en discuter au préalable avec son psychiatre (note de l'OAI du 9 avril 2015). [endif]>[if> 24. Le 12 juin 2015, l'OAI a téléphoné à l'assuré. Celui-ci a évoqué un projet de formation pour devenir assistant social. Il a répondu par la négative à la question de savoir s'il désirait commencer rapidement la mesure IPT (note de l'OAI du 12 juin 2015). [endif]>[if> 25. Dans une note du 15 juin 2015, l'OAI a clôturé le mandat de réadaptation, et indiqué qu'il convenait de calculer le taux d'invalidité. Il a écrit qu'un délai de réflexion avait été accordé à l'assuré en vue de la mesure IPT, mais que « finalement, il n'a jamais été partant pour démarrer la mesure de suite, notamment pour des questions de santé ». En outre, l'OAI, se basant sur l'avis du SMR précité, a considéré qu'en l'état, l'assuré était en mesure de travailler en tant qu'ouvrier à l'établi ou dans un travail de petite manutention légère ou dans des activités de contrôle dans l'industrie. Ces activités respectaient les limitations fonctionnelles, et n'exigeaient pas de formation. [endif]>[if> 26. Dans un projet de décision du 29 juillet 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente, ainsi qu'aux mesures d'ordre professionnel. Il s'est appuyé sur les avis du SMR, aux termes desquels l'assuré présentait depuis février 2010 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Lui ayant reconnu le statut de personne active, l'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 59'517.-, ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), tous secteurs confondus (total) selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2012, tableau TA1, secteur privé, indexé en 2014, et tenant compte d'un abattement de 10% du fait que seule une activité légère était possible. Quant au revenu sans invalidité, il se montait à CHF 60'828.- (soit un revenu annuel de CHF 58'937.- en 2010 selon les données communiquées par l'employeur, réactualisé en 2014). Par une comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 2.2%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. [endif]>[if> 27. Par courrier du 14 septembre 2015, l'assuré s'est opposé, par l'intermédiaire de son conseil, au projet de décision. Il a rappelé qu'il souffrait d'atteintes physiques, affectant en particulier ses épaules, ses poignets et son genou gauche, rendant impossibles tout port de charges, ainsi que l'utilisation de son poignet gauche. Son atteinte au poignet gauche avait été, du reste, à l'origine de l'octroi d'une rente temporaire en 2009 et 2010, et n'avait depuis pas connu une évolution positive. Il a ajouté qu'il était atteint d'une maladie cardio-vasculaire et qu'il présentait un état dépressif moyen. Le SMR retenait, à tort, que les spécialistes n'avaient pas attesté une incapacité de travail en lien avec ces atteintes. Le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas fourni de nouveaux certificats médicaux, puisque l'assuré était déjà en arrêt de travail. D'ailleurs, ce médecin avait indiqué que le diagnostic de maladie coronarienne avait un effet sur la capacité de travail, et devait être pris en compte dans le choix d'une réadaptation professionnelle. Le rendement était réduit, et la reprise d'une activité professionnelle était envisageable, « moyennant la reconnaissance et les revendications de l'assuré ». De plus, le SMR ne tenait pas compte du rapport circonstancié du Dr H\_\_\_\_\_, lequel décrivait un tableau psychique, impactant

massivement sur l'exigibilité dans toute activité. Par ailleurs, le souhait de l'assuré d'entreprendre une formation n'avait jamais été pris en considération. Outre cela, il a critiqué la note de l'OAI du 15 juin 2015 ; compte tenu de ses atteintes physiques et psychiques, une activité en tant qu'ouvrier à l'établi ou dans un travail de manutention légère n'était pas adaptée à ses limitations, lesquelles étaient pourtant reconnues par le SMR. Au surplus, il a contesté le revenu hypothétique avec invalidité retenu ; celui-ci était supérieur à son revenu perçu avant son atteinte à la santé, si bien qu'il était insensé qu'il gagnât ledit revenu au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il fallait, de plus, retrancher un abattement de 25% en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de son âge, et de sa capacité à n'exercer plus que des travaux légers. Enfin, l'instruction était incomplète, de sorte qu'il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets orthopédique, cardiologique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique. > 28. Par décision du 17 février 2016, l'OAI a maintenu son projet de décision. Reprenant la motivation dudit projet, il a, en outre, relevé que le SMR avait pris en compte, dans son avis du 31 mars 2015, toutes les atteintes à la santé de l'assuré, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Aucune nouvelle pièce médicale n'attestait une aggravation ou une nouvelle atteinte incapacitante, si bien que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que confirmaient ses médecins traitants. Selon l'OAI, il avait appliqué, à juste titre, le salaire statistique découlant des ESS, lequel recouvrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations de l'assuré et accessible sans formation particulière. À titre d'exemples, il a cité des activités simples dans le secteur de l'industrie, de tri, de montage, de manutention légère, des activités de surveillance ou de contrôle, telles que surveillant de machines. Au demeurant, il a rappelé que l'assuré n'avait pas souhaité bénéficier de la mesure d'orientation IPT qui lui avait été proposée. Quant au taux d'abattement, ni l'âge de l'assuré au moment de son invalidité, ni d'autres éléments déterminants ne justifiaient une réduction supérieure à 10%. Enfin, une expertise complémentaire était superflue, en l'absence d'éléments médicaux objectifs pouvant remettre en cause l'appréciation de l'OAI. > 29. Par acte du 11 avril 2016, l'assuré a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et indépendante, et principalement, à l'annulation de la décision querellée, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 19 février 2015, ou à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement. > Il a argué que l'avis du SMR du 31 mars 2015 était dépourvu de toute valeur probante. Sur le plan orthopédique, alors que le SMR avait admis les nouvelles atteintes (rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, le conflit sous-acromial de l'épaule gauche, la déchirure partielle du ménisque interne du genou gauche), il n'avait pas réévalué les conséquences de ces atteintes sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée. À cet égard, le SMR n'avait pas motivé la raison pour laquelle il s'était écarté de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, lequel avait retenu, au vu de l'ensemble des atteintes orthopédiques, une capacité de travail de 50% dans une activité de petite manutention légère. Sur le plan cardiologique, le SMR n'avait pas, non plus, évalué la répercussion de la maladie coronarienne sur la capacité de travail, motif pris que le cardiologue n'avait pas attesté une incapacité de travail. Or, le SMR aurait dû examiner les interactions entre les diverses pathologies, et évaluer la capacité de travail sur la base de l'ensemble des atteintes. En outre, les limitations fonctionnelles retenues étaient incohérentes. Le SMR avait estimé,

d'une part, qu'une activité avec « de courts déplacements en terrain plat » était possible pour des motifs orthopédiques, mais, d'autre part, que le recourant devait éviter « tout travail physique » pour des raisons cardiologiques. Sur le plan psychologique, le SMR avait exclu toute répercussion des diagnostics posés sur la capacité de travail, au motif que le psychiatre n'avait pas certifié une incapacité de travail. Or, son médecin traitant avait déjà attesté une telle incapacité. De toute manière, le psychiatre avait retenu que les diagnostics posés avaient des effets sur la capacité de travail, que les restrictions (réduction de l'énergie, augmentation de la fatigabilité, diminution de la concentration et de l'attention) abaissaient sa capacité de travail, que l'activité habituelle n'était plus exigible, et que le rendement était réduit. Pour ces motifs, le SMR avait, à tort, considéré que les affections psychiatriques n'engendraient aucune incapacité de travail. S'agissant de l'abattement, le recourant a rappelé que la première décision du 17 septembre 2010, accordant une rente limitée, tenait compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles en lien avec l'affection au poignet gauche. Or, dans le cadre de la décision litigieuse, l'intimé avait admis des affections supplémentaires, et élargi les limitations fonctionnelles. La modification des circonstances justifiait ainsi un abattement de 25%. Enfin, le recourant avait manifesté sa volonté de pouvoir bénéficier d'une aide pour la reconversion. Toutefois, l'intimé n'avait pas évalué les chances de succès, ni l'adéquation de cette mesure, et s'était borné à proposer une mesure IPT. Bien que le recourant refusât cette mesure, aucune mise en demeure n'avait été donnée avant la clôture du mandat de réadaptation. 30. Dans sa réponse du 11 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a, au préalable, relevé que l'avis du SMR ne constituait pas une expertise médicale, mais portait uniquement une appréciation sur les rapports médicaux du dossier. Au surplus, il a répété, en substance, les arguments développés dans ses précédentes écritures. S'agissant de la mesure professionnelle, il a ajouté que le recourant n'avait pas souhaité bénéficier de la mesure IPT, et n'avait avancé aucune raison valable pour ne pas la suivre, de sorte que l'intimé était en droit de mettre un terme à la mesure de réadaptation. Qui plus est, le taux d'invalidité fixé était insuffisant pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement. 31. Dans sa réplique du 6 juin 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a exposé que le SMR n'avait pas motivé la raison pour laquelle il avait estimé que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Or, le Dr G \_\_\_\_\_ avait évalué la capacité de travail à 50% sur le plan orthopédique, le Dr H \_\_\_\_\_ avait indiqué que la capacité de travail avait diminué sans toutefois la chiffrer, et le Dr K \_\_\_\_\_ avait jugé que le rendement était diminué. Au vu de toutes ses atteintes, une analyse interdisciplinaire était indispensable. Après avoir répété sa position relative au taux d'abattement, il a ajouté que sur le plan subjectif, il était motivé à suivre une mesure d'ordre professionnel, et s'est référé à cet égard aux propositions de formation qu'il avait faites lors de son entretien avec l'intimé le 12 novembre 2014. Sur le plan objectif, il a motivé son refus de suivre la mesure IPT par ses problèmes de santé, ainsi que l'avait mentionné l'intimé dans sa note du 15 juin 2015. Du reste, il n'avait jamais reçu une sommation l'avertissant des conséquences juridiques de son refus. Outre cela, l'intimé n'avait pas démontré que la liste exemplative d'activités simples citées dans la décision querellée étaient adaptées à son état de santé. En effet, une activité de surveillance ou de manutention légère n'était pas compatible à ses limitations cardiaques, puisque le Dr K \_\_\_\_\_ avait indiqué que toute activité physique devait être évitée. De plus, le SMR n'avait pas expliqué comment concilier les nombreuses limitations fonctionnelles psychiques avec une telle activité à 100%. Enfin, le recourant a produit le rapport du 28

avril 2016 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et angiologie. Le praticien a conclu que la coronographie avait mis en évidence une maladie coronarienne d'un vaisseau avec une lésion significative de l'IVA (interventriculaire antérieure) proximale. Il a effectué le même jour une angioplastie, et posé un stent actif bio-résorbable au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale. Le contrôle angiographique au niveau de cette artère était indemne de lésion significative. Le résultat final était « très bon ».

32. Dans sa duplique du 30 juin 2016, l'intimé, se référant à sa réponse, a intégralement persisté dans ses conclusions. Pour le surplus, il s'est rallié à l'avis du SMR du 15 juin 2016, joint à son écriture, lequel s'était prononcé sur le rapport du Dr M\_\_\_\_\_.

Dans cet avis, le SMR a noté que le praticien avait confirmé le bon résultat final de l'opération, de sorte que, comme évalué dans l'avis du SMR du 31 mars 2015, les atteintes cardiologiques n'étaient pas incapacitantes.

33. Dans ses observations du 28 juillet 2016, le recourant a soutenu que l'intimé avait fait preuve d'arbitraire, en opérant un taux d'abatement de 10% tant dans la décision du 17 décembre 2010 que dans celle du 17 février 2016 (querellée), alors que les pathologies et les limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de la deuxième demande de prestations étaient plus importantes. Enfin, l'avis, contradictoire, du SMR devait être écarté ; celui-ci constatait un bon résultat après l'intervention au cœur, or, dans son avis précédent du 31 mars 2015, il avait attesté que la maladie coronarienne nécessitait d'éviter tout travail physique et l'exposition au froid.

34. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé, et la cause gardée à juger.

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Déposé le 11 avril 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile, étant précisé que le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la notification de la décision attaquée, intervenue le 26 février 2016, et est arrivé à échéance le lundi 11 avril 2016, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA). Il satisfait, par ailleurs, aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2010 et 2016, soit sous l'empire de la LAI dans ses versions antérieure et actuelle (pour mémoire, les trois dernières révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision], 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision] et 18 mars 2011 [révision dite 6a], sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004, 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2012). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard du droit en vigueur au moment où les faits pertinents se sont produits (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Il sied cependant de noter que les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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 343 consid. 3).

3. La décision attaquée nie, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le litige porte donc sur la question de savoir si une aggravation de l'état de santé du recourant est apparue depuis la décision du 17 décembre 2010, octroyant une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 mai 2010, et dans l'affirmative, si cette aggravation influence son droit aux prestations. Subsidiairement, il porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

4. a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b. Il n'y a en revanche 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

c. Les normes

réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt du Tribunal fédéral I.269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n. 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une nouvelle demande de prestations portant sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

5. a. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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. À 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).

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). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 LPGA) 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 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). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2; 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). 8. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 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. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis l'octroi d'une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 mai 2010, date à compter de laquelle le degré d'invalidité du recourant était

alors fixé à 5.4%. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 17 décembre 2010 à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 17 février 2016. !endif]>!if> 11. a. En 2010, l'intimé avait accordé une rente limitée, au motif que si le recourant était certes totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de manutentionnaire depuis le 21 juillet 2008, date de son accident, il avait recouvré, dès février 2010, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se basait sur l'avis du SMR du 3 mars 2010, ainsi que sur le rapport de la SUVA du 17 février 2010, lesquels se ralliaient aux conclusions du rapport de la CRR du 15 janvier 2010. !endif]>!if> À l'époque, le recourant se plaignait principalement de douleurs rachidiennes cervicales et lombaires, et de douleurs aux poignets, notamment à gauche. En vue d'un bilan multidisciplinaire, il avait bénéficié d'un séjour de trois semaines dans le service de réadaptation de la CRR, où divers examens avaient été réalisés, y compris sur le plan psychologique, par des spécialistes de disciplines médicales pertinentes eu égard aux atteintes à la santé invoquées. À l'issue dudit séjour, la CRR avait retenu, après avoir procédé à une étude fouillée et étayée du dossier, les diagnostics de troubles musculo-squelettiques cervico-dorsaux et lombo-fessiers gauches de natures fonctionnelle non spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante et des traits de personnalité quérulente, et d'une hernie inguinale gauche. Les douleurs au poignet gauche augmentaient lors de la flexion, et avaient persisté en dépit du séjour de réadaptation, si bien que l'expert avait considéré que le cas était stabilisé. En définitive, la seule atteinte impactant sur la capacité de travail était celle au poignet gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités de force, le port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, les mouvements répétés en flexion-extension et en rotation du poignet gauche. b. Dans le cadre de la nouvelle demande, déposée le 25 août 2014, l'intimé s'est fondé sur l'avis précité du SMR, ainsi que sur celui daté du 31 mars 2015, dans lequel le SMR se référait aux rapports des médecins traitants, soit les Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, orthopédiste, respectivement, psychiatre et cardiologue, et concluait que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé. Le SMR avait donc maintenu sa position antérieure ; le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues. Le recourant considère que l'avis du SMR du 31 mars 2015 est incomplet et incohérent. Il convient donc d'examiner sa valeur probante. 12. Sur le plan orthopédique, le SMR a estimé que les séquelles au poignet gauche, lesquelles persistaient, avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la première décision. En outre, il a définitivement exclu la possibilité pour le recourant d'effectuer une activité de manutention, même légère, celui-ci souffrant d'atteintes articulaires, dont une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et une déchirure méniscale interne du genou gauche. Le SMR a, de ce fait, élargi les limitations fonctionnelles, et retenu une activité sédentaire, ou avec de courts déplacements en terrain plat, sans port de charges, et sans travail des bras au-dessus de l'horizontale. !endif]>!if> À l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ des 6 février et 15 septembre 2014, faisant état d'une raideur importante au poignet gauche, d'une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, ainsi que la déchirure méniscale interne du genou gauche. S'agissant de l'atteinte au poignet gauche, les douleurs persistaient sur la face dorsale, avec diminution de force. Ce diagnostic est donc semblable à celui qui se présentait au moment de la première décision.

Cela étant, la chambre de céans observe que le Dr G\_\_\_\_\_ est confus à un double égard, lorsqu'il note dans son rapport du 6 février 2014 que le « taux d'incapacité lié au problème de ce poignet [est] de l'ordre de 50% », avant d'indiquer dans celui du 15 septembre 2014 « il faut compter avec une réduction probablement définitive de la capacité fonctionnelle de cette main ». D'une part, il y a ambiguïté sur le point de savoir si ledit médecin chiffre à 50 % l'incapacité fonctionnelle du poignet gauche ou l'incapacité de travail consécutive à une telle atteinte dans une activité adaptée, et dans cette hypothèse-ci à quand remonte une telle incapacité. D'autre part, l'emploi de l'adverbe « probablement » dans le second rapport laisse à penser que le médecin est incertain quant à son affirmation. À supposer que la capacité fonctionnelle de cette main soit effectivement nulle, cette affirmation contredirait le premier rapport si le « taux d'incapacité lié au problème du poignet » gauche de 50% signifie une incapacité fonctionnelle dudit poignet de 50%. En outre, quand bien même l'atteinte au poignet gauche préexistait, le Dr G\_\_\_\_\_ relève qu'il y a une diminution de force. Alors que la CRR indiquait, dans son rapport du 15 janvier 2010, que le recourant pouvait transporter des charges variant entre 10 et 15 kg, se pose la question de savoir si, en 2014, la diminution de force au poignet gauche, entraînant selon l'orthopédiste une incapacité fonctionnelle partielle ou définitive, engendre d'éventuelles répercussions sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, voire sur le rendement. En ce qui concerne la coiffe des rotateurs des épaules, force est de constater qu'il s'agit d'un nouveau diagnostic. À la suite de l'arthroscopie en vue de la suture du tendon supra-épineux de l'épaule droite, réalisée en novembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit, dans son rapport du 15 septembre 2014, que l'amélioration avait été partielle, en raison d'une limitation de l'élévation en-dessus de l'horizontale tant dans le plan antérieur que latéral. L'épaule présentait un état inflammatoire chronique, et des séquelles étaient à prévoir, touchant le membre supérieur dominant, avec répercussion sur la capacité de travail « théorique ». Ledit médecin ne précise cependant pas ce qu'il faut entendre par capacité de travail « théorique », ni n'indique un taux d'incapacité de travail qui serait liée à l'atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (soit son état inflammatoire chronique), ni le cas échéant depuis quand (soit déjà actuellement ou de façon réservée pour l'avenir). Outre cela, on relèvera que, s'agissant du conflit sous-acromial avec amincissement du supra-épineux de l'épaule gauche, le traitement est purement conservateur, puisqu'il n'existe pas de rupture de la coiffe des rotateurs de cette épaule (cf. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2014) ; cette atteinte n'apparaît ainsi pas incapacitante à l'heure actuelle. En lien avec ces diagnostics (diminution de force du poignet gauche et état inflammatoire chronique au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite), la chambre de céans constate que, dans son rapport du 16 octobre 2014, adressé à l'intimé, le Dr G\_\_\_\_\_ est également ambigu, voire se contredit. Alors qu'il confirme que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de manutentionnaire est nulle, que la plupart des gestes de cette activité ne sont plus possibles, en raison des douleurs et de la raideur du poignet gauche, et que la manutention de toutes charges est impossible, il estime qu'un travail de petites « manutentions » légères serait envisageable « certainement à 50% ». Bien que le SMR ait relevé à cet égard qu'une activité de manutention, même légère, est exclue, le taux auquel le recourant pourrait mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'est pas précisé. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ retient certes un taux de 50% pour un travail de petites manutentions, toutefois le praticien n'indique pas si ce taux s'applique également dans une autre activité adaptée. Enfin, s'agissant de la déchirure méniscale interne du genou gauche, force est de constater que, quand bien même il s'agit

d'un nouveau diagnostic, aucun rapport n'aborde la question de savoir si cette affection entraîne une répercussion sur la capacité de travail du recourant ou sur son rendement. Le Dr G\_\_\_\_\_ se contente d'indiquer, dans son rapport du 16 octobre 2014 adressé à l'intimé, qu'une activité exercée en terrain irrégulier est exigible à 50% et, dans son courrier du même jour, que le recourant peut effectuer des déplacements réguliers impliquant la montée et la descente d'escaliers. 13. Sur le plan psychiatrique, dans son avis du 31 mars 2015, le SMR a retenu que les diagnostics posés par le psychiatre n'influençaient pas la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le médecin n'ayant pas attesté une incapacité de travail à ce titre. En 2010, la CRR avait déjà évoqué un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante et des traits de personnalité quérulente. Le recourant présentait des symptômes anxieux, dont un sentiment d'oppression, et peinait à faire confiance, notamment dans les relations sentimentales. À l'époque, ce diagnostic n'entraînait pas de conséquences sur la capacité de travail. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile, type impulsif depuis l'enfance, d'un épisode dépressif moyen, et d'un probable syndrome de stress post-traumatique en rémission. Le recourant était confronté à des situations conflictuelles avec son entourage, y compris avec sa régie, il était impulsif, colérique, et se sentait facilement agressé par des tiers. Dans son rapport du 13 juillet 2014, joint à la nouvelle demande de prestations, ce praticien avait noté que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Celui-ci manifestait « un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités, une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité, une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime et de la confiance en soi, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit ». Au vu de cette description, force est de constater que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, constitue un nouveau diagnostic. Quant aux effets sur la capacité de travail, la chambre de céans ne peut suivre l'appréciation du SMR, ce pour les motifs suivants. En premier lieu, le recourant n'exerçant plus d'activité lucrative depuis juillet 2008, l'absence de certificats médicaux ne signifie pas encore qu'il est totalement capable de travailler dans une activité adaptée. Ensuite, le psychiatre a mentionné dans son rapport du 3 décembre 2014 que les symptômes décrits diminuaient la capacité de travail. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur le taux de cette incapacité de travail, ni, dans les limites de la capacité de travail résiduelle retenue, sur l'existence d'une éventuelle baisse de rendement et sur la date à partir de laquelle une reprise d'une activité professionnelle serait exigible. Par ailleurs, le psychiatre a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. On peine dès lors à comprendre comment un trouble dépressif récurrent moyen justifierait une totale incapacité de travail dans l'activité de manutentionnaire, mais aucune, selon le SMR, dans le cadre d'un travail adapté. 14. Enfin, sur le plan cardiologique, le SMR a également considéré que la maladie coronarienne, soit une nouvelle atteinte, diagnostiquée par le Dr K\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 novembre 2014, n'influençait pas la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le médecin n'ayant pas attesté une incapacité de travail à ce titre. Le SMR a cependant admis que tout travail physique et l'exposition au froid étaient contre-indiqués. En juin 2014, le cardiologue a effectué une coronographie, laquelle mettait en évidence une sténose de l'interventriculaire antérieur non significative, mais une surveillance régulière était nécessaire. Une reprise de l'activité professionnelle était toutefois possible « probablement à 100% » dans une activité adaptée excluant l'effort

et l'exposition au froid. Le rendement était « probablement réduit » en raison du stress post-traumatique et de l'état dépressif du recourant. Le 28 avril 2016, le recourant a subi une angioplastie, au cours de laquelle un stent actif a été posé au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale, une lésion significative de cette artère ayant été relevé. Le Dr M\_\_\_\_\_, cardiologue, a conclu dans son rapport du 28 avril 2016, produit dans la réplique, que le résultat de l'opération était satisfaisant. Il sied d'examiner, au préalable, si la chambre de céans peut tenir compte dudit rapport, dans la mesure où il a été versé au dossier postérieurement à la décision querellée. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). En l'occurrence, le rapport du 28 avril 2016, bien qu'il soit postérieur à la décision attaquée du 17 février 2016, est en lien avec l'objet du litige, puisque dans le cadre de la nouvelle demande de prestation, le recourant avait produit un rapport évoquant une maladie coronarienne, et que le SMR s'est déterminé à ce sujet dans son avis du 31 mars 2015. La chambre de céans peut donc se référer au rapport du Dr M\_\_\_\_\_. À cet égard, on observe que, quand bien même ce cardiologue a estimé que l'angioplastie avait été satisfaisante, on ignore si le recourant doit toujours éviter tout travail physique et l'exposition au froid dans une activité adaptée. Dans la négative, on ignore également le taux de capacité de travail, ainsi que la date à partir de laquelle une telle capacité de travail serait exigible. Le Dr M\_\_\_\_\_ ne s'est en effet pas déterminé sur ces questions. 15. Sur le vu de ce qui précède, eu égard à la diminution de force du poignet gauche, à l'état inflammatoire chronique au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, au trouble psychiatrique, ainsi qu'à la maladie coronarienne, et compte tenu du défaut d'informations fiables et suffisantes sur l'aggravation de l'état de santé, sur les limitations fonctionnelles que ces atteintes entraînent, sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, sur l'existence d'une éventuelle baisse de rendement, sur la date à partir de laquelle une telle activité serait exigible, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige. 16. Partant, l'avis du SMR du 31 mars 2015 est écarté, ne reposant pas sur des éléments médicaux probants pour permettre de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle comprendra, au vu des considérations précitées, des volets orthopédique, psychiatrique et cardiologique. Un renvoi se justifie d'autant plus qu'aucune expertise pluridisciplinaire n'avait été diligentée par l'intimé. Au vu des lacunes du dossier, et des différentes atteintes, l'expertise que l'intimé mettra en œuvre devra décrire quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 17 février 2010, date de la première décision, et analyser globalement la capacité de travail du recourant (soit les éventuelles interactions entre les différentes pathologies), puis poser des conclusions communes. 16. Reste encore à examiner si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel. 17. Selon la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de

l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).! [endif]> [if> 18. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).! [endif]> [if> Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I.388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I.605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n. 30 p. 113; voir également les arrêts du Tribunal fédéral I.265/05 du 3 octobre 2005 consid. 4; et I.485/04 du 16 décembre 2004 consid. 6.1). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108

consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 19. Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).>![endif]>![if> 20. En l'espèce, le recourant soutient, en substance, qu'il était motivé à suivre une formation, bien qu'il ait refusé la mesure IPT, et que l'intimé n'avait pas respecté la sommation légale avant de clôturer le mandat de réadaptation. Pour sa part, l'intimé expose que le recourant n'avait avancé aucun motif excusable pour refuser la mesure IPT proposée.>![endif]>![if> 21. On rappellera que, compte tenu des développements qui précèdent, la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état, d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, de sorte qu'il serait prématuré de reconnaître ou de nier le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. S'agissant des autres mesures d'ordre professionnel, on relèvera que le mandat de réadaptation consistant en une mesure IPT a été clôturé en juin 2015 lorsque le recourant a confirmé qu'il ne souhaitait pas la suivre. Or, le recourant avait, lors de son entretien du 12 novembre 2014 avec l'intimé, manifesté sa volonté de recevoir une aide pour une reconversion. Il avait, à cette occasion, indiqué qu'il suivait des cours d'anglais à l'Ecole-Club Migros au moyen d'un chèque-formation, mais qu'il ne disposait pas de moyens suffisants pour poursuivre une formation approfondie. Il a, de plus, spécifié qu'il préférerait bénéficier d'une formation plutôt que d'une mesure IPT. Quand bien même un assuré doit se soumettre à toutes les mesures d'instruction, de réadaptation et de nouvelle réadaptation ordonnées, si elles sont raisonnablement exigibles, et participer activement à sa réadaptation (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, office fédéral des assurances sociales, n. 1008), force est de constater que, sur le plan subjectif, le recourant désirait bénéficier d'une mesure de réadaptation. Cela étant, encore faut-il que la mesure préconisée soit objectivement appropriée au but de la réadaptation poursuivi et qu'elle ne soit pas vouée à l'échec. À cet égard, on constate que le Dr F\_\_\_\_\_ en 2010 avait mentionné que la réinsertion professionnelle pouvait s'avérer difficile en raison des nombreuses plaintes subjectives du recourant, et du diagnostic posés sur le plan psychiatrique. En 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ notait, quant à lui, que les réactions impulsives et le sentiment d'être agressé rendaient difficile les relations professionnelles. Le psychiatre avait toutefois ajouté qu'il recommandait des mesures de réinsertion professionnelles progressives, et que le suivi psychiatrique pouvait réduire les symptômes d'ordre psychiatrique. Le recourant avait également annoncé à l'intimé qu'il ne commencerait pas la mesure IPT « pour des questions de santé » (cf. note de l'intimé du 15 juin 2015). Il n'est pas clair de savoir si une mesure professionnelle (reclassement ou autre) pourrait être menée à bien. Aucune des pièces médicales versées au dossier n'examine la question de savoir si la mesure de réadaptation préconisée est ou non raisonnablement exigible de la part du recourant sur les plans somatique et psychologique, ni, le cas échéant, s'il convient d'en attendre une amélioration déterminante de la capacité de gain de celui-ci. En tout état de cause, l'intimé, avant de clôturer le mandat de réadaptation, n'a pas formellement mis le recourant en demeure, ce qui constitue une violation du droit fédéral. La cause sera dès lors renvoyée à l'intimé sur ce point également, afin qu'il examine concrètement si toutes les conditions (maintien ou amélioration de la capacité de gain, pronostic sur les chances de succès) du droit éventuel à des mesures d'ordre professionnel (reclassement ou une autre mesure) sont réunies. Ensuite, s'il apparaissait qu'une mesure d'ordre professionnel

pourrait être accordée, l'intimé devrait au besoin procéder à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. [endif]>[if> 22. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants. [endif]>[if> 23. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.[endif]>[if> 24. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).[endif]>[if> \* \* \* \* 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.