

## GE\_GERICHTE A/1407/2014 vom 18. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1407\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1407_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1407/2014 du 18 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1407/2014 del 18 aprile 2016

### Erwägungen

#### E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO 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), ressortissant suisse d'origine somalienne, né en 1962, a notamment travaillé en tant que plongeur et garçon d'office.![endif]>![if> 2. Le 15 décembre 1998, 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). ![endif]>![if> 3. Dans son rapport du 23 janvier 1999, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une hernie discale opérée et des lombalgies résiduelles. L'assuré devait éviter le port de charges et l'immobilité prolongée. Des mesures professionnelles étaient indiquées. ![endif]>![if> 4. Du 26 février au 30 septembre 2001, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP), suivie de stages en entreprise. ![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 18 octobre 2001, le CIP a conclu à une capacité de travail de l'assuré de 80 % sur un plein temps dans des activités d'ouvrier d'usine dans le polissage, la gainerie ou la robinetterie. L'attitude de l'assuré n'avait pas permis de trouver une possibilité d'embauche. Il devait éviter le port de charges et les torsions du tronc. ![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 2 novembre 2001, l'OAI a relevé que l'assuré désirait une formation complète certifiée. Le stage au CIP avait cependant révélé qu'il ne disposait ni du potentiel ni des connaissances scolaires à cet effet. Une mise au courant en entreprise était en revanche adaptée. Une telle mesure n'avait toutefois pas pu se concrétiser en raison du très faible engagement manifesté par l'assuré. L'OAI a ainsi procédé à une évaluation théorique de l'invalidité. La comparaison du revenu réalisé en tant que plongeur, de CHF 37'752.- après indexation en 2001, et du revenu d'invalidé tiré d'une activité simple et répétitive et fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 1996, soit CHF 35'526.- en tenant compte d'un taux de 80 % et d'un abattement de 25 %, aboutissait à un degré d'invalidité de 5 % .![endif]>![if> 7. Par décision du 7 décembre 2001, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à un reclassement, le taux d'invalidité de 5 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à ces mesures. Une aide au placement pourrait être examinée sur demande. ![endif]>![if> 8. Le 14 août 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a invoqué une aggravation de sa hernie discale, une probable deuxième hernie et d'importantes douleurs dorsales. ![endif]>![if> 9. L'assuré a suivi un stage auprès de l'Atelier de réadaptation professionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 1<sup>er</sup> au 29 juillet 2008. La docteure C\_\_\_\_\_ et Monsieur D\_\_\_\_\_ ont indiqué dans leur rapport du 9 octobre 2008 que l'assuré présentait une double hernie discale L4-L5 et une gastrite à hélicobacter pylori, béance du cardia et hypersécrétion gastrique. L'assuré s'était montré

parfaitement collaborant. Les commentaires sur la qualité de son travail étaient positifs, même dans les activités manifestement trop contraignantes. Une sollicitation moyenne de la colonne lombaire lors de l'utilisation d'un grattoir avait déclenché d'importantes douleurs après une demi-journée, ce qui avait rendu l'assuré totalement inopérant durant la deuxième partie de la journée. Les attitudes reflétaient un état très algique, imposant des temps de pause croissants. L'assuré n'était jamais à l'aise, quelle que soit sa position. Cela générait une baisse de rendement de l'ordre de 50 % et un absentéisme ponctuel, incompatibles avec un emploi à plein temps. Un travail demandant de la précision et une bonne coordination n'était pas envisageable. Il était illusoire d'aller au-delà d'un mi-temps, et ceci avec une baisse de rendement supérieure à 50 %. Partant, l'assuré n'était pas en mesure de travailler sur le marché primaire de l'emploi. ![endif]>![if> 10. Par décision du 7 novembre 2008, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a prononcé l'inaptitude au placement de l'assuré dès le 10 octobre 2008, se fondant sur les conclusions du rapport de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG. ![endif]>![if> 11. Dans son rapport du 25 novembre 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré l'avait à nouveau consulté en automne en raison de douleurs dorso-lombaires. ![endif]>![if> 12. Dans leur rapport du 16 janvier 2009, les docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ du Centre de la douleur des HUG ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches, sacro-iléites gauches chroniques, omalgies droites, état dépressif moyen à sévère, status post cure de hernie discale L4-L5 à droite en 1997 et tuberculose pulmonaire traitée en 1989. Ils ont proposé certaines mesures thérapeutiques. ![endif]>![if> 13. Par décision du 21 janvier 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable une modification de son état. ![endif]>![if> 14. Une IRM lombaire pratiquée le 29 janvier 2010 par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a révélé une rectitude de la lordose lombaire avec pincement discal et dessiccation discale L4-L5, un débord discal conférentiel à cet étage sans conflit disco-radiculaire et un canal rachidien large à tous les étages. Il existait une image antéro-vertébrale latéro-aortique gauche à hauteur L2 de signal kystique, à confronter à une échographie ou à un scanner. ![endif]>![if> 15. Une échographie des deux épaules du 22 février 2010 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence pour l'épaule droite des signes de tendinopathie avec probable composante calcifiante sous forme de microcalcifications au niveau du tiers moyen du tendon du supra-épineux associées à une lame de liquide dans la bourse sous-acromiale traduisant la présence d'une bursite, et pour l'épaule gauche un épaissement des parois de la bourse sous-acromiale avec épanchement compatible avec des signes de bursite. ![endif]>![if> 16. La doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé un scanner dorsal le 3 mars 2010, lequel a révélé un début de discarthrose étagée de D6 à D11 avec ébauche d'ostéophytose. ![endif]>![if> 17. Dans son rapport du 21 mai 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'infiltration D12 et L1-L2 droite n'avait pas amené d'amélioration, si bien que ces deux articulations ne paraissaient pas responsables de la symptomatologie de l'assuré. ![endif]>![if> 18. Le 14 juin 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a indiqué à titre d'atteintes à la santé une capsulite dans les deux épaules, ainsi qu'une augmentation significative de ses douleurs dorsales. ![endif]>![if> 19. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué un rachis douloureux et une périarthrite scapulo-humérale (PSH) aux deux épaules. L'assuré se plaignait de douleurs rachidiennes diffuses et le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2010. Les limitations fonctionnelles étaient les difficultés liées à la station debout et

au soulèvement de charges. Le Dr K\_\_\_\_\_ a coché toutes les limitations fonctionnelles physiques dans le formulaire correspondant. ![/endif]>[/if> 20. Le 4 mars 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Ce dernier ne pouvait travailler dans une activité impliquant la manutention de charges supérieures à 10 kg. Sa capacité de travail était nulle dans le domaine du nettoyage mais totale dans une activité de manutention plus légère. ![/endif]>[/if> 21. Dans son avis du 12 avril 2011, la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué à titre de limitations fonctionnelles le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétitifs des épaules, l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, les positions en porte-à-faux du rachis, les positions statiques et le fait de monter et descendre des escaliers, des échafaudages ou des escabeaux. Elle se ralliait à l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ et retenait que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais totale dans une activité adaptée. ![/endif]>[/if> 22. Le 20 mai 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, niant le droit à des mesures professionnelles et à une rente. L'OAI a retenu que le revenu sans invalidité de l'assuré était de CHF 55'218.- et le revenu avec invalidité de CHF 55'973.-. Ces chiffres étaient tirés de l'ESS et indexés à 2009. Le revenu sans invalidité correspondait à une activité de nettoyage sans formation (TA7 ligne 35 niveau 4), et le revenu avec invalidité à une activité sans formation, tous secteurs confondus (TA1 ligne Total niveau 4), avant abattement de 10 %. Le taux d'invalidité était nul, si bien que le droit aux prestations n'était pas ouvert. ![/endif]>[/if> 23. Par décision du 28 juin 2011, l'OAI a confirmé les termes de son projet. ![/endif]>[/if> 24. Selon l'IRM du genou gauche pratiquée le 23 juillet 2012 par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, l'assuré présentait un épanchement intra-articulaire, une déchirure de grade II versus grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une tendinose quadricipitale distale. ![/endif]>[/if> 25. Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'assuré a repris une activité d'agent d'entretien dans les trains. ![/endif]>[/if> 26. Le 3 août 2012, l'assuré a annoncé un sinistre survenu la veille à son assureur-accidents. Alors qu'il était assis dans un train avec ses collègues, l'un d'eux s'était levé et avait appuyé avec ses bras sur les épaules de l'assuré. ![/endif]>[/if> 27. Le 7 septembre 2012, le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 3 août à fin septembre 2012, consécutive à l'événement du 2 août 2012. ![/endif]>[/if> 28. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 24 décembre 2012. ![/endif]>[/if> 29. A la demande de l'assurance d'indemnités journalières pour maladie, la doctoresse N\_\_\_\_\_, rhumatologue auprès de la clinique Corela, a examiné l'assuré en date du 8 mars 2013. Elle a repris le rapport du 16 janvier 2009 des médecins du Centre de la douleur des HUG et résumé le dossier médical et assécurologique depuis 2012, avant de rappeler brièvement le parcours professionnel et personnel de l'assuré. Ce dernier rapportait que les douleurs de la charnière dorso-lombaire étaient apparues en 2007. Elles étaient réapparues lors de l'évènement du 2 août 2012. Il évoquait également des douleurs au niveau des genoux, apparues progressivement depuis 2010 jusqu'à atteindre leur paroxysme à l'été 2012. Il souffrait également de douleurs aux épaules depuis 2005, qui s'étaient également peu à peu accentuées depuis l'été 2012. A l'issue de l'examen clinique, la Dre N\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de discopathies dorsales minimales étagées, sans conflit radiculaire ni compression médullaire et de lésion méniscale interne au niveau de la corne postérieure du genou gauche. Les discopathies objectivées étaient très débutantes et sans nette conséquence. La lésion méniscale révélée par l'IRM avait été considérée comme non symptomatique par le Dr H\_\_\_\_\_, qui avait retenu une chondropathie rotulienne bilatérale

qui n'avait toutefois pas été démontrée à l'IRM. Il n'y avait pas eu d'imagerie du genou droit et aucun diagnostic lésionnel ne pouvait être posé pour cette articulation. L'examen clinique du genou droit était tout à fait rassurant. En ce qui concernait les épaules, le palm up test légèrement douloureux à droite pouvait être en rapport avec une tendinopathie du long biceps, alors que l'échographie de mars 2013 signifiait plutôt une tendinopathie du sus-épineux. Il y avait ainsi une discordance radio-clinique. Il existait par ailleurs des faux positifs lors de l'échographie, avec l'évocation d'une bursite sous-acromiale qui était cliniquement asymptomatique. Dans ce sens, aucun diagnostic n'était retrouvé. Au niveau dorsal, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle puisque les discopathies étaient sans conséquences. Le port de charges, les activités en porte-à-faux dorsal et la station debout n'étaient pas contre-indiquées. Il n'y avait pas non plus de limitation en ce qui concernait les genoux, car la lésion méniscale révélée à l'IRM « n'avait pas fait sa preuve cliniquement ». En l'absence de diagnostic objectivable cliniquement, aucune limitation n'était retrouvée au niveau des épaules, notamment dans le port de charges ou dans le travail des bras au-dessus de la ligne des épaules. La capacité de travail dans l'activité habituelle était totale, sans diminution de rendement, depuis le 8 mars 2013. 30. Le 14 mars 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a demandé que le dossier de l'assuré soit réexaminé à la suite de l'aggravation de son état de santé. Ce dernier présentait en effet un état dépressif moyen à sévère et une atteinte du genou gauche. On retrouvait également une PSH de l'épaule droite et un lymphocèle. L'état général s'était détérioré, avec une fatigabilité chronique contre-indiquant toute activité physique. Le Dr K\_\_\_\_\_ a joint les pièces suivantes à son courrier : - rapport du 13 août 2012 de tomодensitométrie de l'abdomen du Dr M\_\_\_\_\_, concluant à un effet de masse sous la veine rénale gauche, posant le plus vraisemblablement le diagnostic de lymphocèle, deux IRM ayant confirmé la nature liquidienne de l'effet de masse ; à une prostate agrandie faisant protrusion dans le plancher vésical et à une maladie diverticulaire non compliquée du sigmoïde ; - rapport du 5 novembre 2012 du docteur H\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, mentionnant une chondropathie rotulienne bilatérale mais précisant que la lésion méniscale révélée par l'IRM n'était pas responsable de la symptomatologie ; - rapport d'échographie de l'épaule droite du 4 mars 2013 du Dr I\_\_\_\_\_, concluant à des signes de tendinopathie du tendon supra-épineux au niveau de la portion distale et antérieure, associés à des signes d'une bursite sous-acromiale, sans signe direct de conflit sous-acromial. 31. Dans un certificat du 31 mai 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il considérait que l'assuré ne pouvait plus travailler dans le nettoyage car il ne pouvait pas se pencher, fléchir les genoux et de porter des charges supérieures à 5 kg. 32. Dans un autre courrier rédigé le même jour, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est dit étonné du rapport de la clinique Corela. Il a affirmé que la Dresse N\_\_\_\_\_ n'était pas rhumatologue FMH et faisait peut-être illégalement des expertises pour la clinique Corela. 33. Selon les renseignements recueillis par l'OAI ayant fait l'objet de sa note interne du 19 juin 2013, l'OCE avait octroyé à l'assuré un cours d'opérateur CNC en 2004. Ce dernier s'était à nouveau inscrit à l'OCE en juin 2013. 34. Dans son avis du 28 octobre 2013, la docteure O\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a noté qu'elle avait eu le jour même un entretien téléphonique avec le Dr K\_\_\_\_\_, qui avait affirmé que l'atteinte dépressive n'était pour l'heure pas incapacitante. L'atteinte était rhumatologique, dominée par des douleurs chroniques du dos, de l'épaule droite et du genou gauche. La Dresse O\_\_\_\_\_ concluait ainsi à une aggravation de l'état de santé de l'assuré en raison de la nouvelle

atteinte rhumatismale des genoux, en lien avec la rupture de la corne postérieure du ménisque et la chondropathie rétrorotulienne bilatérale. Elle s'écartait ainsi des conclusions de la clinique Corela s'agissant de l'absence de limitations fonctionnelles et de la capacité de travail en tant que nettoyeur. Elle maintenait en revanche les conclusions du SMR du 12 avril 2011, fondées sur les avis des Drs K\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, et retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles décrites dans l'avis du 12 avril 2011 restaient valables. L'absence de marche prolongée ou en terrain irrégulier et l'exclusion de la station debout prolongée s'y ajoutaient. Seul un travail sédentaire était envisageable.![endif]>![if> 35. Selon un rapport du 22 novembre 2013 d'Intégration pour tous (IPT), où l'assuré a été adressé par l'OCE dans le cadre d'un mandat de trois mois, celui-ci a bénéficié d'un stage du 14 octobre au 8 novembre à 50 % en qualité d'ouvrier en conditionnement léger. Il était censé augmenter son taux d'occupation à 80 % mais il avait été convenu de renoncer à cette augmentation pour ne pas dégrader sa santé. Il lui était déjà difficile de tenir un rythme de travail à 50 % en raison des douleurs récurrentes, qui constituaient un obstacle important pour sa réinsertion professionnelle. Le bilan de stage avait révélé que l'assuré avait fait preuve d'un très bon investissement, et qu'il était motivé et volontaire. Le stage avait été contraignant malgré la possibilité d'alterner les positions.![endif]>![if> 36. L'OAI a adressé un projet de décision refusant les prestations à l'assuré le 14 février 2014. Il a conclu à un degré d'invalidité nul, les termes de sa décision du 28 juin 2011 restant valables. ![endif]>![if> 37. Par décision du 31 mars 2014, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations de l'assuré. ![endif]>![if> 38. L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 19 mai 2014. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr K\_\_\_\_\_, à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique, et sur le fond à l'octroi de mesures de réorientation et d'une rente entière. Il a allégué qu'il était singulier que les résultats du stage contredisent ceux du SMR et de la clinique Corela. Le rapport de stage n'avait du reste pas été commenté par le SMR, et la décision querellée ne se prononçait pas sur ce point. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, le recourant ne pouvait que difficilement travailler en milieu normal ( sic ). De plus, le SMR disait se fonder sur l'avis du Dr K\_\_\_\_\_. Ce dernier avait pourtant changé son opinion quant à la capacité de travail du recourant, en raison de l'aggravation de l'état de santé et de l'échec des essais de reprise d'emploi. ![endif]>![if> Le recourant a notamment produit à l'appui de son recours un questionnaire rempli le 8 avril 2014 par le Dr K\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant souffrait de troubles somatiques et psychosomatiques, essentiellement des troubles de type atrophique dégénératifs au rachis, aux épaules et aux genoux. Il avait été licencié en raison de sa lenteur et de la pénibilité réactionnelle aux tâches de nettoyeur de wagons. La rapidité des manœuvres et les difficultés pour soulever des charges ne lui permettaient plus de travailler dans des activités de manœuvre. Les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs inflammatoires chroniques rendant difficile le travail en milieu normal. Son rendement était nettement diminué et toutes les tentatives de reprise de travail s'étaient soldées par des échecs depuis le stage aux HUG en 2008. Les douleurs étaient telles que le recourant dormait mal et présentait des raideurs articulaires lorsqu'il maintenait la même position pendant 30 minutes. Depuis juin 2001 ( recte 2011), le tableau clinique s'était dégradé par une augmentation des douleurs, une insomnie tenace et un trouble de l'humeur, pour lequel un avis spécialisé avait été requis. 39. Dans un courrier du 23 mai 2014 au Dr K\_\_\_\_\_, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué qu'il avait reçu le recourant en consultation. Ce dernier disait avoir

changé près de douze ans plutôt, lors de l'apparition des douleurs dorsales. Il n'avait pu compter sur la compassion de son épouse et cette expérience l'avait plongé dans la détresse. Le Dr P\_\_\_\_\_ a relaté certains éléments biographiques du recourant ayant trait aux événements vécus durant son enfance, avant de conclure à une détresse toujours présente, qui se prolongeait pour l'heure dans le cadre d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). L'état du recourant s'était amélioré sous traitement d'Efexor®. Indépendamment de l'origine organique ou psychique des douleurs, la symptomatologie ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour reconnaître une invalidité. [endif]>[if> 40. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que le litige portait sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'était aggravé dans une mesure modifiant le droit aux prestations depuis la dernière décision. Or, le Dr K\_\_\_\_\_ avait relevé dans son rapport du 14 mars 2013 que le recourant présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée. L'intimé a rappelé les conclusions de la clinique Corela, avant de reprendre celles du SMR. Il a allégué que le recourant ne saurait tirer parti des résultats du stage. L'évaluation reposait en effet essentiellement sur les plaintes et douleurs alléguées, sans qu'une nouvelle atteinte, qui n'aurait pas été prise en considération, ne soit mentionnée. L'intimé a rappelé les discordances cliniques et radiologiques relevées par la Dresse N\_\_\_\_\_. La situation du recourant n'avait pas connu de modification durable et notable. Une expertise s'avérait inutile, le dossier permettant de statuer sur son droit aux prestations. [endif]>[if> L'intimé a joint l'avis du 23 juin 2014 de la Dresse O\_\_\_\_\_. Cette dernière y relevait que les éléments médicaux invoqués par le recourant et le rapport du 8 avril 2014 du Dr K\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux, et ajoutait que les difficultés rhumatologiques du recourant étaient déjà prises en compte dans les limitations fonctionnelles. Une expertise ne paraissait pas nécessaire. 41. Par réplique du 14 août 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, sollicitant en outre l'audition du Dr P\_\_\_\_\_. Il a repris certains arguments développés dans son recours. Il a ajouté que c'était avec raison que l'intimé s'opposait à une nouvelle expertise, dès lors qu'il n'ignorait pas que les rapports de la clinique Corela résistaient rarement aux expertises judiciaires. L'intimé invoquait le principe selon lequel les constatations médicales prévalaient sur celles faites à l'occasion d'un stage pour se dispenser de prendre en compte les conclusions prises sur le terrain. Cependant, la jurisprudence considérait qu'il y avait lieu de requérir un complément d'instruction lorsque l'appréciation d'observations professionnelles divergeait sensiblement de l'appréciation médicale. Le domaine de spécialité de la Dresse O\_\_\_\_\_ était d'ailleurs inconnu, et on ignorait pourquoi son avis devrait primer sur celui du médecin traitant. L'expertise de la clinique Corela n'avait en outre pas pris en considération les derniers avis médicaux versés à la procédure. [endif]>[if> 42. Par duplique du 9 septembre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 43. Par écriture spontanée du 17 novembre 2014, le recourant a relevé que l'indépendance des experts mandatés par l'assurance-invalidité était mise en doute dans la presse. Il a répété que l'intimé craignait que les conclusions de la clinique Corela soient remises en cause lors d'une expertise judiciaire. [endif]>[if> Le recourant a joint un article paru dans la Tribune de Genève du 11 novembre 2014, relatant le postulat d'un conseiller national ayant trait à l'indépendance des experts mandatés par l'assurance-invalidité. 44. La chambre de céans a entendu le Dr K\_\_\_\_\_ en date du 19 janvier 2015. [endif]>[if> Le témoin a exposé que le recourant l'avait initialement consulté en janvier 2010 pour des douleurs rachidiennes. Devant l'impossibilité de trouver des solutions à ce problème, quelque deux ans après la

première consultation, le témoin s'était rendu compte qu'il devait y avoir des composantes psychiques. Après l'échec des traitements et des tentatives de réinsertion professionnelle, il avait insisté pour que le recourant soit suivi par un psychiatre pour voir si les traitements de cette nature pouvaient aboutir à des résultats, ainsi que par un rhumatologue, le docteur Q\_\_\_\_\_. Ce dernier avait d'ailleurs conclu, à l'instar du Dr K\_\_\_\_\_, que le seul traitement susceptible d'améliorer la situation du recourant consistait en des séances de physiothérapie. Le témoin avait eu des contacts avec le Dr P\_\_\_\_\_. Ce dernier avait établi un rapport évoquant des troubles dépressifs récurrents d'intensité moyenne au moment de son intervention. Il avait prescrit des antidépresseurs. Le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas eu l'impression d'une amélioration sur le plan psychique lors de la dernière consultation en décembre. Les antalgiques qu'il prescrivait n'étaient à son avis pas suffisants s'ils n'étaient pas associés à des antidépresseurs. Il ignorait si le recourant prenait effectivement son traitement d'antidépresseurs. Le témoin a déclaré qu'il considérait la capacité de travail du recourant nulle au vu de la répétition des maux, de la répétition des traitements, et des échecs de ces derniers. Il existait un décalage entre les plaintes et les documents d'imagerie, en ce sens que les douleurs exprimées étaient beaucoup plus importantes que ne le laissaient paraître les constatations radiologiques. Interpellé sur le point de savoir si les douleurs existaient malgré leur caractère non objectivable, le Dr K\_\_\_\_\_ a déclaré que les limites des investigations et des traitements avaient été atteintes sur le plan somatique, raison pour laquelle il avait envisagé autre chose sur le plan psychosomatique. Le recourant souffrait effectivement, mais il n'y avait pas d'élément objectivable fort. Le témoin a confirmé avoir indiqué lors de l'entretien du 28 octobre 2013 avec la Dresse O\_\_\_\_\_ que l'atteinte dépressive n'était à ce jour pas incapacitante. A la même date, la chambre de céans a également entendu le Dr P\_\_\_\_\_. Ce dernier a indiqué que le recourant le consultait depuis janvier 2014 environ. Il avait pu noter chez lui le cortège de symptômes rencontrés dans le cadre de dépressions, soit l'anhédonie, la fatigue, le ralentissement, les difficultés d'endormissement, d'attention et de concentration. Il s'agissait en l'espèce d'un épisode dépressif d'intensité moyenne au moment de la consultation. Le témoin avait prescrit un antidépresseur, le Cymbalta®, qui avait l'avantage d'agir également comme antidouleur. Il n'avait pas de raison de penser que le recourant ne suivait pas son traitement régulièrement. Il a déclaré qu'il ne pensait pas que le recourant exagérait la description de ses douleurs. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'origine des douleurs somatiques. Si on pouvait en effet concevoir des douleurs d'origine psychosomatique, il ne disposait pas d'élément permettant de l'affirmer concernant le recourant, ni d'élément permettant d'exclure une participation psychique à ses douleurs. S'agissant de la capacité de travail, le témoin a confirmé qu'elle était entière sur le plan psychiatrique. Si le recourant avait exercé une activité comprenant plusieurs tâches et impliquant la mémoire et la célérité, l'opinion du témoin aurait pu être différente. Dans une activité correspondant à ses capacités, il ne présentait cependant aucune limitation ni baisse de rendement sur le long terme. Interpellé sur l'aspect invalidant de la symptomatologie du recourant, qu'il avait exclue dans son courrier du 23 mai 2014, le Dr P\_\_\_\_\_ a exposé que s'il s'était prononcé sur ce point, c'est probablement parce qu'il avait dû avoir accès à des éléments médicaux ressortant de troubles somatiques. Il se serait peut-être exprimé différemment s'il avait su que son courrier serait versé au dossier. Il a enfin confirmé l'amélioration de l'état de santé constatée dans son courrier du 23 mai 2014, sans toutefois qu'une rémission de l'état dépressif puisse être évoquée. Le recourant a quant à lui exposé que ses premières difficultés de santé, notamment au dos et aux épaules, lui avaient néanmoins permis de

travailler, car il prenait des antidouleurs. Ses problèmes de genoux l'avaient cependant empêché de continuer à travailler par la suite, et c'est pour ce motif qu'il avait dû arrêter son activité en novembre 2012. La représentante de l'intimé a exposé que le rapport d'IPT avait été pris en compte lors de l'établissement du projet de décision. A l'issue de l'audience, la chambre de céans a invité l'intimé à lui communiquer les spécialisations des Dresses O\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, et a imparté un délai aux parties pour leurs conclusions finales. 45. Par courrier du 26 janvier 2015, l'intimé a indiqué à la chambre de céans que la Dresse L\_\_\_\_\_ disposait d'une spécialisation en médecine interne et la Dresse O\_\_\_\_\_ d'une spécialisation en pédiatrie. Cela étant, selon la jurisprudence, un médecin était capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère indépendamment de sa spécialité. 46. Dans ses déterminations du 2 mars 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a relevé que les témoignages des médecins traitants ne modifiaient pas l'appréciation du dossier. Il a dit se rallier à l'avis du SMR du 16 février 2015, qu'il a produit. 47. Dans dit avis, la Dresse O\_\_\_\_\_ a affirmé que selon le Dr K\_\_\_\_\_, le recourant présentait des douleurs dont le substrat organique n'était pas totalement objectivable. Le Dr P\_\_\_\_\_ avait exclu une limitation ou une baisse de rendement, et il semblerait même qu'une amélioration de l'état de santé se soit produite. Le rapport du SMR du 20 octobre 2013 restait valable. 48. Le recourant s'est déterminé le 10 mars 2015. Il s'est dit surpris par les conclusions de l'intimé, qui considérait que les résultats de stage n'avaient pas de valeur probante et que ses douleurs n'étaient que partiellement objectivables. Cela ne signifiait pas pour autant que la part objectivée des douleurs n'était pas à elle seule invalidante. Il convenait de procéder à une expertise pour déterminer l'impact des douleurs justifiées par un substrat organique sur sa capacité de travail. Il invitait la chambre de céans à renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. 49. Invité par la chambre de céans à se déterminer sur la mise en œuvre d'une expertise, l'intimé s'y est formellement opposé dans son écriture du 26 mars 2015. Rappelant qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée lorsque des éléments objectivement vérifiables avaient été ignorés dans les rapports médicaux au dossier, l'intimé a allégué que l'expertise pluridisciplinaire ( sic ) réalisée à la clinique Corela devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'existait en l'espèce aucun élément médical qui aurait été ignoré dans cette expertise. La divergence entre les conclusions à l'issue du stage IPT et les conclusions médicales ne justifiait pas non plus la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. 50. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en date du 31 mars 2015. 51. Par courrier du 16 septembre 2015, le recourant a rappelé certains éléments du dossier et a invité la chambre de céans à procéder à une expertise. 52. Sur ce, 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 1 er 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). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé a subi une aggravation influant sur son droit aux

prestations depuis la dernière décision au fond de l'intimé.![endif]>![if> 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).![endif]>![if> 6. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. ![endif]>![if> Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 du 16 février

2007 consid. 3.2 et 3.4). 7. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 8. Selon l'art. 17 al. 1 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 10. Il convient en l'espèce de déterminer si le recourant a subi une aggravation déterminante de son état de santé depuis le 28 juin 2011, date de la dernière décision reposant sur un examen de son droit aux prestations. Dans ce contexte, il convient d'examiner les différents rapports médicaux versés au dossier depuis lors. En ce qui concerne en premier lieu le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_, il apparaît que ce médecin n'a pas eu accès à l'intégralité du dossier du recourant, ce qui permet déjà d'émettre des doutes quant à la valeur probante de ses conclusions. Sur le fond, elle semble avoir exclu un diagnostic expliquant les gonalgies, en se fondant simplement sur le fait que le Dr H\_\_\_\_\_ avait écarté leur origine méniscale pour émettre l'hypothèse d'une chondropathie rotulienne bilatérale, sans toutefois que ce dernier procède aux examens radiologiques du genou droit qui auraient permis de vérifier ou d'infirmer cette hypothèse. Or, à l'évidence, l'absence d'IRM du genou droit n'est pas un motif suffisant pour nier une atteinte de cette articulation. La Dresse N\_\_\_\_\_ a également exclu une pathologie de l'épaule, en affirmant qu'il existait une discrépance radio-clinique puisque les symptômes indiquaient une tendinopathie du long biceps plutôt que la tendinopathie du sus-épineux évoquée par l'échographie de 2013. Toutefois, si son examen tendait à révéler une atteinte différente de celle ressortant des documents d'imagerie, la rhumatologue ne pouvait se contenter de les balayer toutes deux d'un revers de la main sans autre mesure d'investigation clinique. On comprend également mal qu'elle ait qualifié la bursite d'asymptomatique, alors que le recourant se plaint de douleurs aux épaules. Enfin, la

Dresse N\_\_\_\_\_ a affirmé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle liée aux problèmes dorsaux du recourant, se distançant ainsi de tous ses confrères. Au vu de cette divergence d'opinion, il eut à tout le moins été nécessaire que ce médecin motive de manière circonstanciée ses conclusions, ce qu'elle a omis de faire. Eu égard à tous ces éléments, le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Cela étant, l'intimé ne s'est pas rallié aux conclusions de la clinique Corela (selon avis du SMR du 28 octobre 2013) – malgré ses observations contradictoires du 26 mars 2015 – si bien que les critiques du recourant sur la prise en considération de cette expertise tombent à faux. Le recourant se prévaut en outre des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_. Ce médecin a signalé une aggravation de l'état de santé en mars 2013, liée à une atteinte au genou et à un état dépressif moyen à sévère. Dans son rapport du 8 avril 2014, il a relevé les échecs rencontrés par le recourant lors des tentatives de réadaptation, ainsi qu'une augmentation des douleurs associée à un trouble du sommeil et un trouble de l'humeur. S'agissant en premier lieu du trouble de l'humeur, le spécialiste consulté par le recourant a indiqué au Dr K\_\_\_\_\_ que le trouble dépressif de gravité moyenne n'était pas invalidant. Lors de son audition par la chambre de céans, le Dr P\_\_\_\_\_ a confirmé que dans une activité adaptée aux aptitudes du recourant, le trouble psychique – lequel avait au demeurant connu une amélioration en 2014 – n'était pas invalidant. Quant à l'augmentation des douleurs signalée par le Dr K\_\_\_\_\_, elle ne correspond pas à une dégradation objectivable puisqu'il n'existe pas d'aggravation des atteintes existantes par rapport à 2011, période à laquelle il admettait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le médecin traitant a du reste déclaré lors de son audition que l'intensité des douleurs alléguée n'était pas corroborée par les examens radiologiques, et l'absence d'explication organique à celles-ci l'a du reste conduit à envisager leur origine psychique et à référer le recourant au Dr P\_\_\_\_\_. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 86/05 du 29 août 2006 consid. 5.2). En l'espèce, les douleurs dorsales du recourant n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée en 2011 selon le Dr K\_\_\_\_\_, de sorte qu'on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il affirme que la part objectivable de ces douleurs suffit à reconnaître une invalidité. Il est vrai que le recourant a depuis développé des gonalgies, dont l'origine n'a pu être déterminée avec exactitude. Cependant, un nouveau diagnostic ne constitue pas encore en lui-même une aggravation ou une modification notable de l'état de santé ou des circonstances entourant le droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, dès lors que seule la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.1). En l'espèce, cette atteinte a été retenue par l'intimé, puisqu'il a ajouté aux limitations fonctionnelles déjà prises en compte l'impossibilité de la marche prolongée ou en terrain irrégulier et l'exclusion de la station debout prolongée, et qu'il a précisé que seul un travail sédentaire était envisageable. Or, ces limitations ne sont pas telles qu'elles réduisent à néant l'éventail des postes de travail adaptés et accessibles sans formation spécifique, si bien que le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé – qui se fonde sur la moyenne des revenus tirés d'activités simples et répétitives comprenant des activités sédentaires – ne doit pas être

remis en cause sur ce point. Quant à l'échec de la réadaptation, la seule reprise d'activité ressortant du dossier est celle de nettoyeur dans les trains. Il ne paraît guère discutable que cette profession est incompatible avec les limitations fonctionnelles du recourant, comme l'admet du reste le SMR. Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que cette réinsertion n'ait pas été couronnée de succès, et ce fait ne suffit ainsi pas à conclure qu'une reprise du travail dans une activité adaptée se solderait par un échec. S'agissant des conclusions des spécialistes de la réadaptation, on rappellera que selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Cependant, en l'espèce, les observations à l'occasion des stages ne sauraient primer sur les constatations des médecins, contrairement à ce qu'allègue le recourant. En premier lieu, le stage mis en œuvre par l'OCE n'a pas révélé des limitations fonctionnelles ignorées ou en contradiction avec les atteintes retenues par les médecins. De plus, ses conclusions se fondent essentiellement sur les douleurs du recourant, soit un élément essentiellement subjectif. De plus, les spécialistes de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG avaient déjà conclu en 2008 à l'impossibilité pour le recourant de se réinsérer sur le marché primaire du travail en raison de ses douleurs. Cela n'a pourtant pas empêché le recourant de reprendre une activité physiquement contraignante de nettoyeur dans les trains pendant plus de neuf mois de 2011 à 2012, ce qui relativise la portée des constats des professionnels de la réadaptation, auxquels on ne saurait ainsi conférer une importance prépondérante par rapport aux avis médicaux. Eu égard à tous ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé a nié la survenance d'une aggravation de l'état de santé du recourant dans une mesure influant sur le droit aux prestations. 11. Le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. La chambre de céans n'y fera cependant pas droit. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire paraît superflue. 12. Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), le recourant supporte l'émolument de CHF 200.-

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**