

GE_GERICHTE A/2797/2012 vom 29. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2797_2012

FR: GE_GERICHTE A/2797/2012 du 29 août 2013

IT: GE_GERICHTE A/2797/2012 del 29 agosto 2013

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur G _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur G _____, né en 1959 et originaire d'Espagne, est officiellement entré en Suisse en mars 1986. Depuis lors, il a travaillé comme aide de cuisine, cuisinier et aide-jardinier. De 1992 à 2009, il a assuré la conciergerie de son immeuble.![endif]>![if> 2. Etant en arrêt de travail depuis février 1995 en raison de lombalgies, il dépose une demande de prestations d'invalidité en novembre 1995.![endif]>![if> 3. En juin 1998, il est soumis à une expertise par le Prof. L _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, ainsi que maladies rhumatismales. Dans son rapport du 8 juillet 1998, l'expert pose les diagnostics de lombalgies sans substrat anatomique et de périarthrite de la hanche droite. Il relève qu'il n'y a aucun signe ou symptôme en faveur d'un problème lombalgique, ni clinique, ni radiologique. Il souligne une musculature particulièrement bien développée et que celle-ci ne pourrait pas être aussi bonne si l'assuré ne faisait aucune activité comme il le prétend depuis trois ans et demi. Ce dernier dénie toutes les propositions qui lui sont faites pour essayer d'avoir un reclassement professionnel. L'expert admet toutefois une protrusion discale, laquelle est légèrement para-médiane à gauche en L5-S1, mais sans aucune répercussion sur les racines et le sac dural. L'expert évalue la capacité de travail à 50 % dans une autre activité que celle d'aide-jardinier, par exemple dans la cuisine en tant que plongeur.![endif]>![if> 4. A la question de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) de savoir si l'assuré pourrait travailler dans une activité légère, telle que servant de machine, atelier sans port de charges, etc., à un taux plus élevé, le Prof. L _____ répond le 12 août 1998 qu'il pourrait reprendre une activité légère progressivement à 75 %, en espérant une reprise à 100 % dans un second temps.![endif]>![if> 5. Un stage d'observation OSER commencé le 4 janvier 1999 est interrompu le 10 février suivant, le médecin traitant, le Dr M _____, orthopédiste, ayant délivré un certificat d'arrêt de travail. Dans son rapport du 4 mars 1999, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) constate qu'il ne peut conclure sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré, ni sur les postes qu'il pourrait occuper, tout en soulignant que les maîtres d'OSER estiment que l'échec de la mesure est dû principalement au faible engagement de l'intéressé et à son manque de motivation dans une réinsertion professionnelle.![endif]>![if> 6. Du 21 juin au 16 juillet 1999, l'assuré est soumis à une nouvelle observation professionnelle. Dans son rapport du 4 août 1999, le COPAI conclut que la capacité de travail de l'assuré est de 75 % (rendement) sur un plein temps dans un travail simple, pratique et répétitif, en position assise avec alternance assis/debout. Les métiers possibles sont les suivants : servant de machine, opérateur sur

presse, ouvrier à l'établi pour travaux sériels. Une période de réentraînement à l'effort de trois mois, doublée d'une mise au courant de trois mois aussi, éventuellement faites en parallèle dans la même entreprise, est encore nécessaire. Il est toutefois noté dans ce rapport que le comportement de l'assuré est obsessionnel et procédurier, ce qui pourrait rendre son insertion professionnelle difficile.!

7. En janvier et février 2001, l'assuré fait l'objet d'une expertise par le Zentrum für Medizinische Begutachtung (MEDAS, à savoir COMAI en français) à Bâle. Dans leur rapport du 20 février 2011, les Drs N_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre, posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral et de trouble somatoforme persistant. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent une discrète coxarthrose à droite. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est retenu par le psychiatre en raison de la discordance entre les atteintes orthopédiques et neurologiques modestes et l'importance des plaintes. La capacité de travail comme aide-jardinier est estimée à 50 %. Dans une activité physique simple sans port de lourdes charges et sans mouvements répétitifs du tronc, la capacité de travail est de 60 %.

8. Dans sa note du 10 avril 2001, le Dr O_____, médecin-conseil de l'OAI, relève notamment que la discrédence entre les plaintes et l'examen clinique peut aussi résulter d'une simulation et d'une majoration de la névrose de compensation. Par ailleurs, il relève que le trouble somatoforme douloureux n'est pas accompagné d'un trouble dépressif, ni d'un trouble de la personnalité, de sorte qu'il ne s'agit pas vraiment d'une maladie invalidante. Par ailleurs, au vu du comportement de l'assuré, les mesures professionnelles n'ont plus aucune raison d'être.

9. Le 19 avril 2001, la division de la réadaptation professionnelle de l'OAI procède au calcul de la perte de gain sur la base d'un rendement de 60 % dans une activité à plein temps. Après avoir opéré une réduction de 22,2 % sur les salaires statistiques pris en considération à titre de revenus d'invalidé, cette division constate une perte de gain de 37 %.

10. L'assuré bénéficie d'une mesure de réentraînement à l'effort de trois mois du 18 juin au 23 septembre 2001. Dans le rapport APAIL du 29 octobre 2001, il est noté que l'assuré n'a pas montré un engagement suffisant pour permettre un placement en stage en entreprise. Le stage s'est déroulé à mi-temps pendant 38 jours sur les 48 jours de présence. Lorsqu'il a repris le stage à plein temps, il a fourni des rendements du même ordre que ceux fournis lors de sa période à mi-temps. La semaine suivante, il s'est trouvé en arrêt total. Le centre d'adaptation professionnelle a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de travail et l'a estimée à 75 % dans des activités de servant de machine, d'opérateur sur presse ou d'ouvrier à l'établi pour des travaux sériels.

11. Le 2 novembre 2001, la division de réadaptation professionnelle détermine la perte de gain à 25 %, sur la base d'un rendement de 75 %, tout en opérant une réduction de 25 % sur les salaires statistiques pris en considération à titre de revenus d'invalidé.

12. Par décision du 22 novembre 2001, l'OAI refuse à l'assuré le droit à une rente.

13. Par arrêt du 30 septembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1^{er} janvier 2011 : la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) rejette le recours de l'assuré.

14. Selon l'avis médical du 3 décembre 2009 du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), le Dr P_____, l'assuré présente une incapacité de travail définitive en tant qu'aide-jardinier depuis mars 2009. Quant à la capacité de travail dans d'autres professions, il indique qu'il y a lieu de tester l'assuré à Beau-Séjour dans la petite manipulation en position assise, à 50 % au maximum. Il évalue la capacité de travail à 50 %, éventuellement en atelier protégé.

15. Le 25 janvier 2010,

l'assuré subit une cure d'épicondylite à droite et une neurolyse du nerf interosseux postérieur.![endif]>![if> 16. Le 14 septembre 2010, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant des problèmes de dos et une tendinite aux coudes.![endif]>![if> 17. Dans son rapport du 25 octobre 2010, la Dresse Q _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, indique les diagnostics d'épicondylite bilatérale depuis janvier 2009 et de douleurs au dos. Les infiltrations, la physiothérapie et une opération au coude droit sont restées sans effet. La capacité de travail est nulle depuis janvier 2010. A cette date, il existait déjà un arrêt de travail à 50 % pour les problèmes chroniques de dos. L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible. La durée de guérison d'une épicondylite peut aller jusqu'à deux ans.![endif]>![if> 18. Du questionnaire pour l'employeur signé le 4 novembre 2010, il ressort que l'assuré a travaillé, à raison de douze heures par semaine, en tant que concierge, de février 1992 à février 2009. Dès cette date, le propriétaire a décidé de confier la conciergerie à une entreprise. Le salaire mensuel était de 1'040 fr. depuis 1993.![endif]>![if> 19. Dans son rapport du 16 décembre 2010, le Dr M _____ diagnostique des dorso-lombalgies depuis 1995 et des épicondylalgies droites. L'incapacité de travail est totale, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.![endif]>![if> 20. Le Dr M _____ répond le 28 février 2011 au Dr R _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) que l'assuré souffre toujours aux deux coudes, en particulier à droite, malgré son opération. Il se plaint par ailleurs de sensations de brûlures au niveau du genou droit, probablement dues à une hofuite, soignée par infiltrations. Hormis les douleurs au niveau des coudes en cas d'effort en flexion ou en supination, il ne présente aucune limitation fonctionnelle. Il souffre aussi des douleurs au niveau de la colonne et des épaules. La mobilité est complète, mais la raideur vertébrale est toujours importante.![endif]>![if> 21. Du 5 au 7 juillet 2011, l'assuré séjourne à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) en vue d'une expertise pluridisciplinaire. Selon l'expertise rhumatologique du Dr S _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, l'assuré présente les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies non spécifiques et d'épicondylite bilatérale. Le diagnostic de discopathie C5-C6 est sans répercussion sur la capacité de travail. De l'avis de cet expert, il n'y a aucune limitation de l'appareil locomoteur et on se retrouve dans la même situation que lors des bilans réalisés lors de la première demande de prestations d'invalidité, sauf que l'assuré est plus âgé et que le syndrome douloureux s'est étendu. La capacité de travail est entière sur le plan rhumatologique. L'expert psychiatre, le Dr T _____, retient le diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. L'anamnèse est sans particularité. L'assuré s'est marié en 1984 et est père d'un fils né en 1989. En 2010, le divorce des époux est prononcé. Depuis lors, l'assuré déclare des relations affectives éphémères. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de détresse et de douleurs intenses. La capacité de travail est de 100 % sur le plan psychiatrique. L'assuré a également été évalué en atelier professionnel dans le cadre de cette expertise. Dans le rapport y relatif du 7 juillet 2011, une dextérité fine normale est constatée, avec une qualité de travail dans la norme. Il en va de même du rendement et de la qualité du travail. L'assuré a collaboré aux activités demandées, mais a renoncé aux activités comportant des mouvements répétitifs et le port de charges de plus de 3,5 kilos. De nombreuses plaintes et mimiques de douleurs ont cependant parasité la mesure en atelier. Dans les travaux sédentaires, utilisant la faculté d'intégration des deux membres supérieurs, en position

alternée assise/debout, le rendement s'est avéré proche de 100 %. L'assuré pourrait exercer une activité simple, à faible contrainte posturale, sans port de charges de plus de 10 à 15 kilos, en position à prédominance sédentaire, avec possibilité de petits déplacements et alternance des positions assise et debout. Dans l'appréciation consensuelle des experts, ceux-ci ajoutent, dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, celui de cervicalgies sur troubles dégénératifs. De l'avis unanime des experts, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est conservée. L'absence d'activité depuis de nombreuses années, le déconditionnement et la fixation de l'assuré sur ses plaintes constituent des obstacles à une reprise professionnelle.![endif]>![if> 22. Dans son avis du 1^{er} septembre 2011, le SMR retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 25 janvier 2010 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès cette même date au moins, à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle. Dans les limitations fonctionnelles, le SMR mentionne que l'activité doit être à charge physique légère et permettre l'alternance des positions.![endif]>![if> 23. Le 28 octobre 2011, l'OAI communique à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser des mesures professionnelles et le droit à une rente d'invalidité. ![endif]>![if> 24. Le 9 décembre 2011, les Drs U _____ et V _____ du Centre de chirurgie et thérapie de la main. attestent avoir suivi l'assuré du 14 janvier au 22 novembre 2011. Au vu d'une épicondylite à droite depuis 2009, traitée sans succès par infiltrations, ainsi que du résultat du bilan échographique, la péjoration des douleurs de l'épicondyle et des muscles de l'avant-bras au fil du temps, une neurolyse du nerf médian inter-osseux postérieur et une cure d'épicondylite à droite ont été effectuées le 25 janvier 2010. La symptomatologie ne s'est cependant pas réellement améliorée. Ces médecins relèvent une légère amélioration des symptômes par rapport à avant l'intervention chirurgicale, mais parallèlement la présence d'une épicondylite bilatérale, plus importante à droite, avec une péjoration de la douleur lors de l'extension du poignet et de la supination de l'avant-bras droit. Le patient se plaignait de douleurs intermittentes et insomniantes de la face dorsale de l'avant-bras. Le bilan échographique du coude du 16 novembre 2011 a montré une très discrète irrégularité du tendon commun des extenseurs au niveau de l'épicondyle, ce qui est compatible avec le status postopératoire. Il n'y a pas de signe de tendinopathie. Au niveau du coude gauche, les médecins ne constatent aucune pathologie. Une intervention n'est actuellement pas envisageable. Les médecins ont prescrit des séances d'ergothérapie, qu'il y a lieu éventuellement de compléter par des infiltrations des deux coudes. Une réévaluation de l'état est prévue dès la fin du traitement ergothérapeutique.![endif]>![if> 25. Dans son avis médical du 31 janvier 2012, le SMR admet qu'une discrète aggravation à droite peut être validée, même si le diagnostic d'épicondylite bilatérale était déjà connu en juillet 2011. Néanmoins, dans une activité légère, évitant le port de charges et les mouvements répétitifs au niveau des coudes, une activité adaptée ne devrait pas constituer un obstacle. Toutefois, du fait qu'un traitement d'ergothérapie et l'éventualité d'infiltrations des deux coudes ont été évoqués, le SMR estime nécessaire de demander au Centre de chirurgie & de thérapie de la main et au Dr Q _____ un rapport au sujet de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré.![endif]>![if> 26. Le 2 février 2012, le Dr M _____ fait savoir au SMR que toute activité au-dessus du niveau des épaules est mal supportée par le coude droit. Il en va de même pour les gestes répétitifs, même légers. Seules des activités de surveillance paraissent pouvoir être envisagées. Pour le surplus, le Dr M _____ juge l'état de santé stationnaire.![endif]>![if> 27. Dans son avis médical du 2 août 2012, la Dresse S _____, du SMR, constate que le Dr M _____ ne s'exprime pas

clairement sur la capacité de travail. Toutefois, dans la mesure où il est évoqué un état stationnaire, il n'y a pas de nouvelle atteinte ou aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de la CRR. Ainsi, les conclusions du SMR restent valables. [endif]> [if> 28. Par décision du 7 août 2012, l'OAI refuse à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. [endif]> [if> 29. Par acte du 14 septembre 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à tout le moins, depuis le 1^{er} mars 2011 et non limitée dans le temps, ainsi que des mesures professionnelles, sous suite de dépens. Préalablement, il sollicite du Centre de chirurgie et thérapie de la main un rapport médical concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une éventuelle activité adaptée. Il demande également la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique. Il dénie toute valeur probante à l'expertise de la CRR, en relevant qu'il est mentionné, à la page 10 de l'expertise, que les cervicalgies sur troubles dégénératifs ont une influence sur la capacité de travail et, à la page 21, que la discopathie C5-C6 n'a aucune répercussion sur la capacité de travail. S'agissant du même diagnostic, il y a dès lors une contradiction importante. Les experts n'expliquent pas non plus pourquoi ils s'écartent des conclusions de l'expertise MEDAS réalisée en 2001, qui avait conclu à une capacité de travail du recourant de seulement 60 % dans une activité adaptée. Il est incompréhensible que cette capacité de travail aurait été en 2011 de 100 % dans une activité adaptée, alors que l'état de santé du recourant n'a cessé d'empirer depuis l'expertise de 2001, notamment au niveau des coudes, du dos, des cervicales et des genoux. Le recourant se fonde aussi sur le constat de la Fondation Intégration pour tous de janvier 2003, selon laquelle le temps de travail ne pourrait être supérieur à 50 %. L'OCE a également retenu une capacité de travail de 50 % au maximum. Les experts de la CRR n'ont pas non plus expliqué pourquoi ils s'écartaient de ces avis. Leurs conclusions sont donc insuffisamment motivées et peu cohérentes. L'expertise omet également de mentionner la présence d'une coxarthrose droite retenue par l'expertise MEDAS en 2001. Elle ne s'est pas référée aux critères jurisprudentiels pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme chronique, se contentant d'affirmer que "l'examen clinique, le comportement douloureux du patient, la chronicité des plaintes expliquent le diagnostic de trouble somatoforme retenu il y a de nombreuses années". En outre, même si ce diagnostic est retenu dans le corps de l'expertise, il ne figure pas dans les diagnostics avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, sans expliquer pourquoi il a été exclu le cas échéant. Selon le recourant, il est indéniable qu'il souffre du dos et des coudes, ainsi que de cervicalgies. Par ailleurs, la plupart des médecins ont retenu une capacité de travail réduite, voire nulle, en tant que jardinier ou dans une activité adaptée, à l'instar de l'intimé lui-même qui avait admis une capacité de travail réduite à 60 % dans une activité adaptée dans son projet de décision du 20 avril 2001. De surcroît, le stage professionnel en 2001 a démontré une capacité de travail réduite à 75 % dans les activités de servant de machine, d'opérateur sur presse et d'ouvrier à l'établi pour les travaux sériels. En octobre 2010, la Dresse W _____ a attesté une incapacité de travail totale depuis le 25 janvier 2010. Les experts de la CRR sont ainsi les seuls à considérer que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est entière. Le recourant estime dès lors qu'il convient de se fonder sur une capacité de travail maximale de 50 % dans une activité adaptée, sous réserve d'un examen plus approfondi de l'appréciation du Centre de chirurgie et thérapie de la main ou d'une nouvelle expertise. [endif]> [if> 30. Dans un avis médical du 18 octobre 2012, le SMR estime qu'il y a lieu d'interroger le Centre de chirurgie et

thérapie de la main.![endif]>![if> 31. Dans sa réponse au recours du 5 novembre 2012, l'intimé conclut au renvoi du dossier à son office pour instruction complémentaire.![endif]>![if> 32. Par écriture du 20 novembre 2012, le recourant s'oppose au renvoi et sollicite que l'instruction complémentaire soit effectuée par la Cour de céans.![endif]>![if> 33. Le 22 novembre 2012, la Cour transmet au Centre de chirurgie et thérapie de la main l'expertise de la CRR et lui pose un certain nombre de questions.![endif]>![if> 34. Après avoir réexaminé le recourant, d'entente qu'avec la Cour, les Drs A_____ et V_____ dudit centre rendent un rapport intitulé expertise médicale, daté du 15 janvier 2013 et fondé sur l'expertise de la CRR, le dossier du "CH8" avec les prises en charge successives des Drs Q_____ et B_____ et les examens complémentaires, à savoir des échographies des coudes, des radiographies du coude droit et le protocole opératoire du Dr Q_____ pour l'intervention du 25 janvier 2010. Les médecins dudit centre émettent le diagnostic d'épicondylalgies bilatérales. Quant aux plaintes du recourant, selon lesquelles il souffre de douleurs pluriquotidiennes au coude droit lors des activités manuelles même légères, et d'une symptomatologie douloureuse accompagnée d'une limitation marquée dans les activités de la vie quotidienne au coude gauche, ils les jugent exagérées par rapport aux constatations objectives. En ce qui concerne le coude droit, ils adhèrent aux conclusions du Dr S_____ dans son expertise de 2011. S'agissant du coude gauche, la poursuite de la prise en charge médicale sous la forme d'un traitement conservateur semble souhaitable. Cependant, les plaintes concernant le coude gauche ne modifient pas notablement les conclusions quant à la capacité de travail dans une activité adaptée telle que définie pour le coude droit. Ces médecins évaluent ainsi la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, sans port de charges supérieures à 10kg. Une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée a été par ailleurs conservée jusqu'en janvier 2010, date à laquelle a été prise la décision opératoire. La période d'incapacité de travail totale consécutive à cette opération s'étend de janvier 2010 à mai 2012. Depuis cette date, la capacité de travail est de 100%. Toutefois, compte tenu des facteurs professionnels et psychosociaux défavorables, le pronostic est réservé. Les médecins font encore observer qu'il s'agit en soi d'une pathologie habituellement de bon pronostic, de nature chronique avec risque de rechute, mais présentant un potentiel de récupération spontanée élevée chez la majorité des patients.![endif]>![if> 35. Dans son avis médical du 11 mars 2013, la Dresse C_____ du SMR constate que les médecins du Centre de chirurgie et thérapie de la main partagent les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, de sorte qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans lourdes charges doit être retenue. Concernant l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin du SMR estime toutefois qu'il n'y a pas lieu de suivre les conclusions des médecins dudit centre, aucun élément médical objectif permettant de corroborer une incapacité de travail totale de janvier 2010 à mai 2012. ![endif]>![if> 36. Dans son écriture du 13 mars 2013, le recourant persiste dans ses conclusions. En premier lieu, il soutient que le rapport du Centre de chirurgie et thérapie de la main ne saurait être considéré comme une expertise, n'ayant pas été élaboré en connaissance de l'ensemble du dossier médical. Il relève par ailleurs que le rapport dudit centre met en évidence une aggravation au niveau de son coude gauche. En ce que le rapport mentionne que "le patient quitte sa veste sans problème", il juge cette constatation erronée, dès lors qu'il a éprouvé des difficultés à enlever sa veste avec son bras gauche. En tout état de cause, la question de la valeur probante de l'expertise du 27 juillet 2011 reste d'actualité. À cela s'ajoute qu'il présente également des atteintes à la santé au niveau de son dos et à la nuque, ainsi qu'un

trouble somatoforme douloureux. L'ensemble de ses atteintes permet tout au plus d'envisager une activité adaptée à 50%. !

37. Dans son écriture du 13 mars 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions en se référant au rapport du Centre de chirurgie et thérapie de la main et à l'avis du SMR précité. !

38. A la demande de la Cour, le Service de la réadaptation professionnelle de l'intimé se détermine le 4 avril 2013 sur les métiers adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant, en tenant également compte de l'épicondylite bilatérale. Il retient les activités suivantes: patrouilleur scolaire, surveillant de cantines scolaires, contrôleur/visiteur en salle blanche dans l'industrie légère (vérification visuelle d'un objet fini tel que montre, briquet, stylo...), huissier (par ex. dans un musée dans l'accueil des visiteurs ou la surveillance des lieux), chauffeur-livreur (livraison de petits matériels tel que des médicaments pour les pharmacies ou centres médicaux, soit de charges inférieures à 10kg), coursier (par ex. pour des livraisons express de lettres recommandés...) et employé dans un centre d'appel avec casque téléphonique (répondre au téléphone et transmission d'informations). Ces activités ne requièrent pas de formation particulière. !

39. Dans son écriture du 15 avril 2013, l'intimé se rallie aux conclusions dudit service. !

40. Par écriture du 30 avril 2013, le recourant conteste que les activités retenues par ce dernier service soient adaptées à ses lombalgies, son épicondylite bilatérale, ses cervicalgies et son trouble somatoforme douloureux. !

41. A la demande de la Cour, le Centre de chirurgie & thérapie de la main précise le 29 mai 2013 qu'il s'est fondé, sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant de janvier 2010 à mai 2012, sur l'avis des différents intervenants dans la prise en charge du recourant, ainsi que sur les examens paracliniques, à savoir les échographies réalisées par le Dr D_____ le 29 avril 2010, le 6 septembre 2010, le 17 novembre 2011 et le 20 mars 2012. Après l'opération du 25 janvier 2010, le recourant avait été totalement incapable de travailler. Les suites opératoires, initialement simples, avaient été ensuite défavorables en ce qui concernait la douleur, lesquelles avaient persisté plusieurs mois après l'intervention. Cet élément subjectif avait été étayé par des arguments échographiques avec une importante hyper-vascularisation locale confirmant l'inflammation le 29 avril et le 6 septembre 2010. Par la suite, la situation clinique s'était dégradée avec l'apparition de douleurs identiques à gauche empêchant l'activité professionnelle. Toutefois, l'échographie réalisée le 17 novembre 2011 ne permettait pas de mettre en évidence l'inflammation locale. Néanmoins, compte tenu de la gêne décrite par le patient, un traitement par physiothérapie, ergothérapie et infiltration, en décembre 2011, a été mis en place. Une nouvelle échographie réalisée le 20 mars 2012 n'avait montré aucun argument pour une récurrence à droite. Le 26 mars 2012, les médecins dudit centre avaient conseillé au recourant d'envisager une reprise de travail, en l'absence de possibilité chirurgicale. Cela étant, les médecins dudit centre ont persisté à considérer que le recourant n'avait recouvré une capacité de travail de 100 % qu'à partir de mai 2012. !

42. Par écriture du 26 juin 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions tout en mettant en exergue que l'appréciation du Centre de chirurgie & thérapie de la main concernait uniquement l'atteinte au coude et ne tenait pas compte des autres atteintes à la santé au niveau du dos, de la nuque et au niveau psychique. !

43. Dans son avis médical du 3 juillet 2013, la Dresse C_____ du SMR a considéré que le rapport complémentaire du Centre de chirurgie & thérapie de la main n'était pas susceptible de changer ses conclusions précédentes, estimant que l'appréciation de la capacité de travail durant la période de janvier 2010 à mai 2012 ne se fondait pas sur des éléments objectifs. Même si les examens d'avril et de septembre 2010 montraient une inflammation, cela était

insuffisant pour retenir une incapacité de travail.![endif]>![if> 44. Dans ses écritures du 3 juillet 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 45. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA) ![endif]>![if> 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 22 novembre 2001 au point de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 4. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).![endif]>![if> 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 5. 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^{er} janvier 2008).> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).> 7. Selon l'art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît au plus tôt une année après que l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40% en moyenne sans interruption notable, pour autant qu'il ait fait valoir son droit six mois auparavant.> 8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. > Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27

février 2007, consid. 3.1). 9. 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).! [endif]>![if> 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). 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). 10. 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).! [endif]>![if> Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire à la CRR en juillet 2011. Cette expertise a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant et repose sur un examen clinique approfondi. Selon cette expertise, le recourant dispose d'une capacité de travail complète dans une activité simple, à faible contrainte posturale, sans port de charges de plus de 10 à 15 kg, en position à prédominance sédentaire, avec possibilité de petits déplacements et alternance des positions assise et debout. Ce qui s'oppose à une reprise professionnelle sont l'absence d'activité depuis de nombreuses années, le déconditionnement et la fixation du recourant sur ses plaintes. Il ressort par ailleurs de cette expertise que la situation est la même que lors de la première demande de prestations d'invalidité, sauf que le recourant est plus âgé et qu'il souffre également d'une épicondylite bilatérale et de cervicalgies sur troubles dégénératifs. Par la suite, le recourant a été examiné par les Drs E_____ et V_____ du Centre de chirurgie & thérapie de la main. Dans leur rapport du 15 janvier 2013, ils posent le diagnostic d'épicondylalgies bilatérales. Ils constatent, concernant le coude droit, que l'évolution après l'intervention à cette articulation est globalement favorable, l'intensité de la gêne et des douleurs étant similaire à celle obtenue en postopératoire en 2010, même s'il existe des douleurs aussi dans les activités légères, aux dires du recourant. Pour le coude gauche, ils relèvent une évolution défavorable depuis un an avec une augmentation importante de la symptomatologie douloureuse et une limitation marquée des activités de la vie quotidienne, dans la même mesure que la gêne ressentie à droite avant l'intervention chirurgicale, selon le recourant. Cependant, les médecins dudit centre estiment que les plaintes du recourant lors de l'anamnèse puis de l'examen clinique étaient fluctuantes et discordantes. Pendant l'interrogatoire, celui-ci ne semblait pas gêné dans la gestuelle, alors que c'est habituellement le cas pour les épicondylalgies sévères. Il a quitté sa veste sans problème, ce que le recourant conteste cependant. Par ailleurs, la force d'extension du poignet et des doigts est conservée des deux côtés sans évitement antalgiques, en dépit des douleurs alléguées. Selon ces médecins, la diminution de la force de serrage paraît également discordante par rapport aux autres éléments du dossier. Partant, les médecins du Centre de chirurgie & thérapie de la main considèrent que les plaintes sont exagérées par rapport aux constatations objectives. Ils partagent dès lors les conclusions du Dr S_____ de la CRR et admettent une capacité de travail de 100% dans un poste adapté respectant les limitations fonctionnelles. Cependant, lors de l'expertise du MEDAS en février 2001, seule une capacité de travail de 60% avait été retenue dans une activité physique simple sans port de lourdes charges et sans mouvements répétitifs du tronc. Par la suite, la mesure de réentraînement à l'effort mise en œuvre pendant la même année a démontré une capacité de travail de 75% dans les activités de servant de machines, d'opérateur sur presse et d'ouvrier à l'établi dans des travaux sériels. Les conclusions de l'expertise de la CRR, selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, ne paraissent ainsi pas convaincantes, l'état de santé du recourant s'étant indéniablement détérioré, notamment en raison de l'épicondylite bilatérale. Il sied toutefois de relever qu'aucun des médecins traitants n'a relevé une aggravation des affections au dos ni de la coxarthrose à droite. Concernant ce dernier diagnostic, il convient en outre de rappeler qu'il n'avait en 2001 aucune répercussion sur la capacité de travail, selon l'expertise MEDAS. En ce qui concerne les cervicalgies, les médecins traitants n'en

ont pas fait état dans leurs récents rapports. En février 2012, le Dr Q_____ a encore attesté que l'état de santé, sauf pour les coudes, était stationnaire. Au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour considère ainsi que les cervicalgies n'ont pas une grande répercussion sur la capacité de travail. S'agissant du trouble somatoforme douloureux évoqué, même si ce diagnostic devait être retenu, contrairement aux conclusions des experts de la CRR, ce trouble ne remplirait à l'évidence pas les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître un caractère invalidant, en l'absence notamment d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisantes et d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie. Certes, l'appréciation de la capacité de travail par les experts de la CRR est contredite par les Drs M_____ et Q_____. Cependant, ces médecins ne font pas état d'atteintes à la santé qui n'auraient pas été prises en compte par les experts du MEDAS à l'époque ou par les médecins du Centre de chirurgie et thérapie de la main, qui a procédé à un examen approfondi. Partant, les avis divergents des médecins traitants ne sont pas propres à mettre en cause les conclusions des experts, selon la jurisprudence susmentionnée. Il appert ainsi que l'aggravation de l'état de santé se manifeste in casu essentiellement par l'épicondylite bilatérale. Or, concernant cette affection, le Centre de la chirurgie & thérapie de la main se rallie aux conclusions du Dr S_____ de la CRR, sur la base d'un examen approfondi et en prenant en considération les plaintes du recourant, et considère donc que cette pathologie n'empêche pas le recourant d'exercer une activité adaptée. Par conséquent, il y a lieu de considérer que le recourant continue à présenter une capacité de travail de 75% dans un travail adapté, même si d'autres atteintes se sont greffées sur les précédentes. 12. Se pose cependant la question de savoir si la capacité de travail du recourant était restreinte dans une plus ample mesure entre janvier 2010 et mai 2012, l'expertise du Centre de chirurgie & thérapie de la main concluant à une incapacité de travail totale pendant cette période. Dans leur rapport du 9 décembre 2011, les médecins dudit centre ont fait état d'une péjoration des douleurs de l'épicondyle et des muscles de l'avant-bras au fil du temps, rendant nécessaire une neurolyse du nerf médian inter-osseux postérieur et une cure d'épicondylite à droite en date du 25 janvier 2010. Dans leur complément de rapport du 29 mai 2013, ils exposent s'être fondés pour l'évaluation de la capacité de travail pendant la période susmentionnée sur les avis des différents intervenants et les examens paracliniques, soit les échographies des 29 avril et 6 septembre 2010, 17 novembre 2011 et 20 mars 2012. Les deux premières échographies montraient une importante hyper-vascularisation locale confirmant une inflammation. Puis, une dégradation de la situation clinique s'est produite avec l'apparition de douleurs identiques à gauche. Cependant, l'échographie réalisée le 17 novembre 2011 ne permettait plus de mettre en évidence une inflammation locale. La Dresse Q_____, également spécialiste en chirurgie de la main, a aussi attesté une incapacité de travail totale depuis janvier 2010 consécutive à une aggravation. Par ailleurs, le SMR admet dans son avis médical du 31 janvier 2012, sur la base du rapport du Centre de chirurgie & thérapie de la main, qu'une discrète aggravation à droite peut être validée. Il confirme également, dans son avis du 3 juillet 2013, que les échographies du 29 avril et du 6 septembre 2010 montrent une hyper-vascularisation, laquelle est qualifiée d'importante par ledit centre, et confirme ainsi une inflammation. Cependant, le médecin du SMR n'explique pas pourquoi cette constatation ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail totale. Dans ces conditions, la Cour est d'avis qu'il y a lieu de suivre les Drs Q_____, E_____ et V_____ et d'admettre que le recourant était incapable de travailler dès janvier 2010. Il est difficile d'apprécier à partir de quand l'épicondylite du recourant s'est améliorée par la

suite. Il convient toutefois de constater qu'au moment de l'expertise du 5 au 7 juillet 2011 à la CRR, il avait déjà récupéré une capacité de travail identique à celle d'avant l'aggravation de janvier 2010. L'échographie de novembre 2011 a confirmé qu'il n'y avait plus d'inflammation locale. Partant, il sied de retenir que, selon toute vraisemblance, l'état de santé s'est amélioré fin juin 2011, de sorte qu'une incapacité de travail totale doit être admise de janvier 2010 jusqu'à trois mois après cette amélioration, à savoir jusqu'à fin septembre 2011, en application de l'art. 88a al. 1 RAI. Dans la mesure où le droit à une rente naît au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit en l'occurrence le 14 septembre 2010, une rente d'invalidité entière doit être reconnue au recourant de mars à septembre 2011. 13. Pour la période subséquente, il convient d'admettre que l'épicondylite bilatérale restreint dans une plus ample mesure qu'auparavant de champ des activités adaptées, du fait que cette atteinte interdit notamment les mouvements répétitifs. Ainsi, les activités précédemment retenues de servant de machine, d'opérateur sur presse et d'ouvrier à l'établi pour des travaux sériels ne paraissent plus compatibles avec les nouvelles limitations fonctionnelles. Cela étant, il est nécessaire d'établir à nouveau la perte de gain du recourant. 14. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles

résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

15. a) En l'espèce, selon le service de réadaptation professionnelle de l'intimé, le recourant pourrait exercer encore les professions de patrouilleur scolaire, surveillant de cantines scolaires, contrôleur/visiteur en salle blanche dans l'industrie légère (vérification visuelle d'un objet fini tel que montre, briquet, stylo...), huissier (par ex. dans un musée dans l'accueil des visiteurs ou la surveillance des lieux), chauffeur-livreur (livraison de petits matériels tel que des médicaments pour les pharmacies ou centres médicaux, soit de charges inférieures à 10kg), coursier (par ex. pour des livraisons expresses de lettres recommandée) et employé dans un centre d'appel avec casque téléphonique (répondre au téléphone et transmission d'informations). En ce qui concerne les activités de patrouilleur scolaire et de surveillant de cantines scolaires, elles doivent toutefois être écartées, dans la mesure où elles ne peuvent être exercées qu'à un taux d'occupation très partiel. De surcroît, elles sont souvent assurées par des bénévoles. Par contre, les autres professions paraissent adaptées aux handicaps objectivables du recourant. En effet, elles n'impliquent pas des mouvements répétitifs ni la force ni le port de charges supérieures à 10kg.

b) En 2001, l'intimé s'était fondé pour le revenu d'invalidité sur les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) concernant 1996 pour les hommes travaillant dans le secteur de la production en industries manufacturières et occupées à des tâches simples et répétitives (tableau TA1, secteur 2 production, section 15-37, qualification 4). Dans la mesure où bon nombre des activités dans ce secteur ne sont aujourd'hui plus accessibles au recourant, il convient de se baser sur la valeur médiane de tous les salaires pour les activités simples et répétitives dans le secteur privé. Au regard du large éventail de ces activités que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Quant à l'année déterminante pour la comparaison des salaires, il sied de se fonder sur janvier 2010, soit une année après le diagnostic de l'épicondylite émis en 2009, selon le rapport du 25 octobre 2010 de la Dresse Q_____.

En 2010, le salaire médian des hommes pour les activités simples et répétitives dans tout le secteur privé était de 58'812 fr. par an (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/>

portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/01/06_01.html#1, tableau TA1, Salaire mensuel brut selon les divisions économiques du secteur privé). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, 4-2013, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 61'164 fr. 50. En admettant une réduction de 25% de ce salaire, à l'instar de l'intimé en 2001, afin de tenir compte de l'âge du recourant, de ses handicaps multiples qui empêchent notamment toute polyvalence, et du taux d'activité partiel, le salaire se détermine à 45'873 fr. 35. La capacité de travail étant de 75%, le salaire d'invalidé s'élève à 34'405 fr. Quant au salaire sans invalidité, l'intimé avait retenu en 2001 un revenu de 44'287 fr. Adapté à l'évolution des salaires entre 1996 et 2010 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/02.html>, Indice suisse des salaires par branche économique: indice et variation sur la base 1993 = 100 - NOGA02), le salaire réactualisé est de 52'967 fr. 25. Ainsi, la perte de gain est de 35%. Ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente. Il sied ainsi de constater que l'aggravation n'a eu qu'une répercussion passagère sur la capacité de gain du recourant, de sorte qu'une rente n'est due que du 1^{er} mars au 30 septembre 2011. 16. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} mars au 30 septembre 2011. 17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 800 fr. lui est octroyée à titre de dépens. 18. Quant aux frais d'expertise du Centre de chirurgie & thérapie de la main de 1'604 fr. 15, ils seront mis à la charge de l'intimé, conformément à la jurisprudence en la matière (cf. ATF 137 V 2010 consid. 4.4.2), dès lors que la Cour de céans a procédé à cette instruction en lieu et place de l'intimé, afin d'éviter un renvoi à celui-ci dans ce but. C'est du reste l'intimé lui-même qui avait proposé le renvoi. 19. L'émolument de justice de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé, le recourant obtenant partiellement gain de cause. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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