

GE_GERICHTE A/330/2013 vom 20. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_330_2013

FR: GE_GERICHTE A/330/2013 du 20 août 2013

IT: GE_GERICHTE A/330/2013 del 20 agosto 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur L_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur L_____, né en 1957, d'origine espagnole, a suivi l'école primaire dans son pays, puis une formation pratique de peintre en bâtiment.![endif]>![if> 2. Il a travaillé 4 ans en Espagne, puis en Suisse, en qualité de ferrailleur dans le bâtiment, d'abord comme saisonnier depuis 1984, puis à l'année dès 1990. Il a travaillé en dernier lieu pour X_____ Sàrl dès le 1 er janvier 2000. Il a été en incapacité de travailler à 100 % dès le 9 février 2001, 50 % dès le 19 mars 2001 et 100 % dès le 23 mars 2001.![endif]>![if> 3. Son salaire s'élevait à 27 fr. 30/heure en 2001 pour un horaire de 40 heures par semaine. ![endif]>![if> 4. Il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 10 décembre 2001 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OA), en raison de lombalgies chroniques, sollicitant un reclassement.![endif]>![if> 5. L'assuré a suivi un stage de six mois du 23 septembre 2002 au 6 avril 2003 au terme duquel il lui a été reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'il a été mis au bénéfice d'un reclassement professionnel en tant qu'ouvrier d'usine du 7 avril 2003 au 30 septembre 2004, l'assuré devant être en mesure, à l'issue de cette formation, de travailler à plein temps et à plein rendement pour un salaire d'environ 63'000 fr./an.![endif]>![if> Dès le 6 octobre 2003, il a été incapable de travailler à 50 %, de sorte que le reclassement a été interrompu. 6. L'assuré a à nouveau suivi un stage au CIP du 22 mars 2004 au 10 octobre 2004, y compris en entreprise et sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère a été à nouveau établie. ![endif]>![if> 7. Il a donc été mis au bénéfice d'un nouveau reclassement en qualité de chauffeur-livreur du 11 octobre au 3 décembre 2004, puis du 7 au 18 février 2005, puis du 22 mars 2005 au 22 janvier 2006 auprès de trois employeurs successifs, suivi à 50% pour cause de maladie dès le 11 août 2005.![endif]>![if> 8. Interrogé à ce propos, le Dr A_____, médecin-traitant de l'assuré, a attesté le 15 novembre 2005 que les plaintes de l'assuré sont essentiellement subjectives, son examen clinique étant inchangé. Le patient a trop de douleurs lorsqu'il travaille à 100 %, mais parvient à faire son travail à 50 % sans problème. Il ne semble pas très motivé pour une reprise, que le médecin diffère mois après mois, de sorte qu'il convient de procéder à une expertise.![endif]>![if> 9. Selon l'expertise de la Dresse B_____, rhumatologue, du 5 avril 2006, l'assuré souffre d'une spondylo-discarthrose cervico-lombaire avec atteintes radiculaires séquellaires sur le plan du réflexe S1 gauche et éventuellement radiculaire sensitive L5, d'une PSH D associée, d'une arthrose acromio-claviculaire, de gonalgies droites après résection du ménisque en 2002 et d'arthrose de la cheville droite. Les limitations fonctionnelles sont le port de charges répétitif à 35 kg plus de dix fois par heure,

les activités des bras en-dessus de l'horizontale, les échelles ou échafaudages, ainsi que le fait de pousser des charges, transpalettes, etc. de plus de 120 kg. Dans une activité adaptée, comme celle de transport de patients et les autres activités exercées dans le cadre de la réadaptation, il est pleinement capable de travailler, à 100 %. Dans l'activité de ferrailleur, l'incapacité de travail est de 50 % depuis 1999. L'assuré a d'ailleurs été capable de travailler, dans les stages de réadaptation à 100 % de septembre 2002 à octobre 2003, puis dès mars 2004 et jusqu'à l'arrêt de travail à 50 % accordé en décembre 2005. Le taux d'invalidité a été fixé à 22,7 % en 2002 et de 2% en 2006 à l'issue du reclassement. Le revenu sans invalidité est de 63'720 fr. en 2001, 64'759 fr. en 2002 et de 66'735 fr. en 2006. Le revenu avec invalidité est fondé, en 2002, sur ESS 2002, TA 7-31, de niveau 4, soit 50'080 fr., avec un abattement de 10 %. En 2006, il est fondé sur TA 7-31, de niveau 3, avec des connaissances professionnelles spécialisées, soit de 65'564 fr., sans aucun abattement. Par projet du 22 août 2006, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles. L'assuré a fait valoir qu'il n'a supporté le travail qu'à 50 % et que, contrairement à ce qui ressort de l'expertise, il ne parvient plus à pratiquer ses sports favoris, soit le motocross, la musculation et la pêche, que son jardinage est pris en charge par des amis et que s'il garde sa moto, c'est uniquement pour faire quelques balades durant l'été, sans pratiquer la compétition. Les conditions salariales pratiquées par l'entreprise de transport auprès de laquelle il a suivi un reclassement, en dernier lieu, sont de 3'600 fr. par mois, soit 43'200 fr. par an la première année, puis 3'800 fr. par mois dès la deuxième année, avec une gratification d'un tiers d'un salaire mensuel puis de deux tiers d'un salaire mensuel dès la troisième année. Le projet a été confirmé par décision du 10 octobre 2006. L'assuré a déposé une demande de révision le 1 er juin 2007, faisant valoir sur la base du rapport médical circonstancié de la Dresse C _____ du 14 mai 2007 que plusieurs diagnostics n'ont pas correctement été évalués par l'experte de l'OAI, ce qui justifie une nouvelle évaluation. En particulier, l'examen clinique montre une importante impotence fonctionnelle de l'épaule droite et les examens complémentaires radiologiques permettent de poser les diagnostics de déchirure de la coiffe des rotateurs, de radiculopathie lésionnelle C5 droite, symptomatique, sur cervicarthrose cervicale, de neuropathie symptomatique du nerf médian droit dans le canal carpien, de douleurs du pied droit depuis 1999 dans le contexte d'anciennes fractures de l'astragale, une intervention chirurgicale étant prévue s'agissant de la coiffe des rotateurs. L'aggravation étant rendue plausible, l'OAI a repris l'instruction médicale du cas. L'assuré souffre d'une rupture du sus-épineux et d'arthrose à la cheville impliquant des douleurs, une limitation à la marche et au port de charges, avec une capacité de travail limitée à 50 % (rapport du 17 août 2007 du Dr D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique). Il présente une radiculopathie lésionnelle C5 droite se manifestant par des signes de dénervation aiguë dans les muscles, en lien avec une cervicarthrose, une neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien, responsable des acroparesthésies pour lesquelles l'avis d'un chirurgien de la main est indiqué et des signes en faveur d'une déchirure de la coiffe des rotateurs à droite (rapport du Dr E _____, neurologue, du 21 août 2007). L'assuré souffre d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite symptomatique, d'une radiculopathie lésionnelle droite symptomatique, sur cervicarthrose et rétrécissement foraminaux C4-C5 relativement marqué. Les douleurs sont des cervico-brachialgies à droite, des douleurs à l'épaule droite, des lombosciatalgies chroniques et des douleurs au pied depuis 1999 (rapport du 15 novembre 2007 de la Dresse C _____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, qui ne se

prononce pas sur la capacité de travail). L'assuré a été hospitalisé pour une intervention à l'épaule en janvier 2008 et il est incapable de travailler à 100 %, depuis lors. 15. L'OAI a décidé de mandater à nouveau la Dresse B_____ pour procéder à une nouvelle expertise du cas et sa récusation par l'assuré n'a pas été prise en compte par l'OAI.![endif]>![if> 16. Selon l'expertise de la Dresse B_____ du 25 août 2008, l'assuré présente une ankylose de l'épaule droite résiduelle, cinq mois après acromioplastie et réparation de la coiffe (M 24.6), pour lésion de la coiffe (M 75.1) et arthrose acromio-claviculaire (M 19.8), de spondylo-discarthrose cervico-dorso-lombaire sans atteinte radiculaire actuelle ni myélopathie (M 47.8), status après hernie discale lombaire symptomatique en 2001 (M 51.2), arthrose tibio-tarsienne et sous-astragalienne post-traumatique (M 19.1) et gonarthrose interne débutante (M 17.9). Les limitations fonctionnelles sont le port de charges à 15 kg globalement, réparties entre les deux membres supérieurs et sans solliciter le membre supérieur droit au-dessus de 60 %, le bras en-dessous de l'horizontale pour pousser des charges limitées à 60 kg répartis entre les deux bras, les activités du membre supérieur droit en-dessous de 60 degrés et les activités répétitives du membre supérieur droit doivent être évitées, de même que les terrains instables, échelles et échafaudages. L'assuré n'a pas retravaillé depuis plusieurs années, il est globalement déconditionné et a pris l'habitude de vivre selon ses horaires et ses loisirs, de sorte que des éléments d'ordre non médical sont vraisemblablement à l'origine des difficultés à retrouver une pleine capacité dans une activité légère et adaptée. L'intervention à l'épaule droite justifie une incapacité de travail complète jusqu'en août 2008, puis de 50 % dans une activité adaptée pendant encore trois mois pour atteindre alors une capacité totale dans une activité adaptée. Les activités du bâtiment ne sont plus possibles. L'activité de transporteur pour handicapés n'est pas adaptée actuellement, mais à neuf mois de la chirurgie, on pourrait s'attendre à une récupération totale. Pour toutes les autres activités tenant compte des limitations, les activités sont exigibles en plein, sans diminution de rendement.![endif]>![if> 17. Le Dr F_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG a précisé le 7 novembre 2008 que, après 10 mois de l'acromioplastie de la coiffe des rotateurs avec une évolution favorable durant les 3 premiers mois, le patient signale une récurrence de la symptomatologie douloureuse. Il lui a proposé de reprendre une activité légère à 50% et de réévaluer la situation en avril 2009. La Dresse C_____ a fait valoir une aggravation des douleurs malgré l'opération. Sur ce, le SMR indique que cela n'est pas contradictoire avec son précédent avis, puisqu'il est envisageable de reprendre une activité à 50% et que l'assuré doit être vu par le service de la réadaptation.![endif]>![if> 18. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation mis en place par l'assurance-chômage à 50% aux EPI du 10 août au 4 septembre 2009, puis un stage en entreprise du 28 septembre au 9 octobre 2009, au terme duquel un rendement de 50% à 60% sur le taux d'activité de 50% a été retenu, l'assuré étant limité par ses problèmes de santé, de sorte qu'il a été déclaré inapte au placement sur le marché primaire de l'emploi.![endif]>![if> 19. A la demande de l'OAI, la Dresse C_____ a précisé la situation médicale de son patient le 22 décembre 2009, l'OAI s'interrogeant sur l'objectivation des limitations eu égard aux callosités aux mains révélées lors de l'expertise.![endif]>![if> Concernant le problème principal de l'épaule droite, il persiste des douleurs très intenses avec incapacité fonctionnelle, sans possibilité d'intervention, le problème ne répondant à aucun traitement médical. Pour ce qui est du rachis cervical et du genou, il s'agit d'une symptomatologie algique fluctuante, sans déficit fonctionnel. Le patient présente de temps en temps une limitation fonctionnelle algique de la rotation

cervicale vers la droite. Il est connu pour une spondylo-discarthrose relativement marquée en C4-C5. Concernant le pied droit, l'assuré se plaint de douleurs à l'arrière-pied, de type mécaniques. Les examens ont montré des signes dégénératifs de la cheville et de l'articulation. Concernant les raisons qui empêchent le patient de reprendre une activité professionnelle, le médecin pense qu'il s'agit de considérer la situation dans sa totalité, soit une polyarthrose plus ou moins évoluée, avec atteinte symptomatique poly-articulaire, certes fluctuante, mais relativement handicapante notamment au niveau du rachis lombaire. L'assuré souffre de douleurs constantes. Quand ce n'est pas au niveau lombaire, c'est au niveau cervical, et quand il n'a pas mal au genou, c'est son pied qui bloque. Pour le surplus, la Dresse C _____ relève que son patient est courageux et volontaire sur le plan psychique. 20. Le SMR a relevé, le 15 février 2010, que dès la première instruction du dossier en 2001-2002, il a été question d'atteinte dégénérative touchant le rachis, l'épaule droite, le genou droit et la cheville droite. La Dresse C _____ ne répondant que partiellement aux questions posées, son courrier ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion durable sur la capacité de travail et il convient de procéder à un complément d'expertise. 21. Selon l'expertise de la Dresse B _____ du 5 août 2010, l'assuré souffre d'une spondylo-discarthrose cervico-lombaire avec atteinte radiculaire C5 et C6 droite, d'un status après hernie discale lombaire en 2001 et 2003, cure de hernie discale (M 47.2), d'un syndrome du tunnel carpien à droite (G 62.9), d'une omarthrose débutante sur conflit sous-acromial avec déchirure de la coiffe, status après révision chirurgicale (M 19.8 et M 75.0), d'arthrose de la cheville droite (M 19.1) et de status après résection méniscale droite en 2002 (M 23.2). Les limitations sont les activités en force et en hauteur avec les membres supérieurs, s'agissant du rachis, seule une activité légère, sans port de poids de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 10 kg, est adaptée et, pour les membres inférieurs, il convient d'éviter les terrains instables, les échafaudages et les échelles. Depuis l'opération de l'épaule gauche, en janvier 2008, la capacité de travail a été nulle jusqu'en août 2008, puis de 50 % théoriquement d'août 2008 à novembre 2008, date à partir de laquelle la capacité de travail est entière. Depuis mars 2009, l'assuré présente une aggravation du syndrome cervico-brachial droit et, depuis lors, il présente une nouvelle incapacité de travail durable de 50 %, y compris dans une activité adaptée. Il convient de revoir la situation après l'opération du tunnel carpien suggérée par le Dr E _____. En l'état, la capacité de travail est limitée à 50 %, y compris dans l'activité de transporteur de malades, dernière activité réalisée. 22. Il ressort de l'examen pratiqué par le Dr E _____ le 30 juin 2010, à la demande de l'expert, que l'assuré présente une aggravation de la neuropathie du nerf médian du tunnel carpien qui touche le versant sensitif et moteur d'un point de vue axonal comme myélinique, de sorte qu'une décompression chirurgicale est indiquée. Par ailleurs, les signes de dénervation aigus sont toujours observés dans les muscles du myotome C5, mais surtout, sont apparus d'importants signes de dénervation chronique et des signes aigus et chroniques dans les muscles dépendant du myotome C6 à droite, ce qui implique une aggravation de la radiculopathie cervicale C5-C6 droite. Une incapacité de travail de 50% est justifiée du point de vue neurologique. 22. Sur question du SMR, l'experte a précisé le 20 janvier 2011 qu'elle laissait à l'appréciation du SMR la décision de demander un complément d'expertise auprès d'un chirurgien de la main pour déterminer l'exigibilité d'une cure du tunnel carpien avant de conclure à la présence d'une affection avec répercussion durable sur la capacité de travail. Elle a précisé qu'il existe éventuellement un effet potentialisant des deux atteintes neurologiques relevées par elle-même et le Dr E _____, de sorte que si

le patient est opéré du tunnel carpien, il faut ensuite revoir la situation.![endif]>![if> 23. Par avis du 17 février 2011, le SMR attribue pleine valeur probante à l'expertise mais retient que le tunnel carpien non opéré ne limite pas la capacité de travail en dessous de 50%, car l'assuré a manifestement maintenu une importante activité au vu de la callosité des mains, il a été en mesure de se rendre en voiture chez l'expert et, une fois opéré, ce syndrome devrait s'amender et permettre une reprise de la dernière activité, en plein. Les autres affections n'empêchent pas l'exercice à 100% d'une activité adaptée (lésions de l'épaule gauche, spondylodiscarthrose, arthrose de la cheville, atteintes aux genoux). S'agissant des cervicobrachialgies C6 D, elles justifient une limitation de 50% dès mars 2009 et cette atteinte était encore confirmée lors de l'examen neurologique. En conclusion, le SMR retient que l'assuré a présenté une aggravation de l'état de santé liée à l'épaule gauche justifiant une totale incapacité dans toute activité dès janvier 2008. La capacité est de 50% dès août 2008 et de 100% dès novembre 2008 (rapport du Dr F_____) dans toute activité adaptée. La capacité est à nouveau réduite à 50% dans l'activité de transporteur de malades dès le mois de mars 2009 selon l'expertise. L'assuré devra informer l'OAI des suites de l'opération du tunnel carpien afin de questionner son médecin trois mois plus tard.![endif]>![if> 24. La Dresse C_____ a indiqué le 10 mai 2011 que son patient n'entend pas subir d'opération du tunnel carpien, après avoir pris les avis des Drs E_____ et G_____ qui estiment que cette intervention est indiquée, car il craint un nouvel échec (après celui de l'épaule) et a eu des avis partagés de tiers quant aux résultats de cette intervention. Elle ajoute que ce problème "ne constitue pas un motif pour la demande de rente AI", qui se justifie pour d'autres raisons médicales bien connues. Elle rappelle que le Dr E_____ avait aussi confirmé l'aggravation de la radiculopathie déjà connue. Sur ce, le SMR estime le 22 juin 2011 que son avis du 17 février 2011 est "définitif et valable", l'assuré n'étant pas entravé par son tunnel carpien.![endif]>![if> 25. Afin d'évaluer si l'assuré est capable de travailler comme chauffeur de personnes et d'envisager deux autres orientations, il est mis au bénéfice d'un stage d'orientation aux EPI du 23 avril au 22 juillet 2012, au terme duquel il est retenu qu'il pourrait théoriquement travailler à plein temps, avec un rendement allant de 50 % à 80 % dans les activités d'ouvrier à l'établi dans l'industrie légère, sans travail en série (ce qui n'intéresse nullement l'assuré), de chauffeur de personnes et d'opérateur sur machine (avec une mise au courant nécessaire). Le rapport précise que la conclusion est théorique, car toute amorce de réinsertion est freinée par le comportement totalement inadéquat de l'assuré : il est plaintif, revendicatif et peu engagé dans sa réadaptation. Il n'est pas impossible que ce comportement soit lié à sa future opération de l'estomac, soit la pose d'un by-pass. L'assuré a commencé un stage de chauffeur dans une entreprise de transport, prévu du 25 juin au 13 juillet 2012, le chef d'entreprise indiquant que si le stage se passe bien, il y a une possibilité d'embauche à temps partiel pour l'assuré. Après deux jours seulement, le stage est interrompu, car l'assuré n'est pas motivé, ne montre aucun intérêt, dénigre l'entreprise, se plaint de long en large de ses problèmes de santé. L'assuré commence ensuite un stage d'ouvrier à l'établi dans une autre entreprise le 9 juillet, mais en fin de journée déjà, l'assuré indique que cela ne l'intéresse pas. Il reste toutefois en stage du 9 au 20 juillet 2012. En raison des nombreuses alternances de positions et de poses antalgiques, le rendement est de l'ordre de 50 %, mais l'assuré manifeste son désintérêt pour ce type d'activité. Ainsi, le rendement fluctuant de 50% à 80% est en lien avec ses atteintes et avec sa motivation.![endif]>![if> 26. Sur ce, le SMR estime le 7 septembre 2012 que l'assuré est pleinement capable de travailler avec une diminution de rendement de 20 %, sans mentionner depuis quand.![endif]>![if> 27. Le

taux d'invalidité est fixé à 42 % dès novembre 2008. Le revenu sans invalidité, qui était de 63'720 fr. en 2001, est réévalué après indexation à 70'085 fr. en 2008. Le revenu sans invalidité est fixé sur ESS 2008, TA 1, homme, total, niveau 4, pour 41.6 heures de travail, avec une baisse de rendement de 20 %, soit de 47'983 fr. Après abattement de 15 %, retenu en raison de l'activité légère seule possible et de l'âge, les autres critères n'étant pas admis, le salaire avec invalidité est fixé à 40'786 fr. Le mandat de réadaptation est clôturé, car des mesures ne sont pas envisageables.![endif]>![if> 28. Par projet du 25 septembre 2012, confirmé par décision du 13 décembre 2012, l'OAI accorde à l'assuré un quart de rente dès le 1 er janvier 2009. La décision rappelle que le droit à des mesures professionnelles avait été refusé une première fois le 10 octobre 2006, avant la demande de révision déposée le 4 juin 2007. Les rapports d'expertise et du SMR permettent d'établir que l'état de santé de l'assuré s'est détérioré depuis janvier 2008, avec une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée est établie. Après aggravation de l'état de santé en janvier 2008 et à l'issue du délai de carence d'un an, le taux d'invalidité s'élève à 42 % et ouvre le droit à un quart de rente dès le 1 er janvier 2009.![endif]>![if> 29. Par acte du 28 janvier 2013, l'assuré forme recours et conclut à l'allocation d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en place d'une expertise judiciaire, avec suite de dépens. En substance, il fait valoir, sur la base du rapport du Dr E _____ de 2010, que c'est une incapacité de travail durable de 50 % au moins qui doit être retenue. En ne prenant pas en considération la totalité des atteintes à la santé, leur répercussion générale, mais en saucissonnant le problème, l'appréciation de l'experte est contradictoire et arbitraire. L'experte se fonde essentiellement sur sa première expertise, puis ajoute les conclusions des autres médecins, sans en tirer les conséquences nécessaires. Manifestement, les problèmes de cheville et la déchirure de la coiffe des rotateurs entraînent une incapacité de gain permanente. Elle omet de tenir compte du handicap social de l'assuré, de 54 ans et inactif depuis dix ans. Son appréciation est également contestable, car elle élude les douleurs attestées médicalement et retient une capacité de gain théorique, dont aucun employeur ne se satisfait. L'assuré est donc totalement incapable de travailler dans toute activité.![endif]>![if> 30. Par préavis du 7 mars 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Les expertises du BREM, effectuées par la Dresse B _____, ont toutes pleine valeur probante. Aucune circonstance ne permet de mettre en doute la neutralité de l'expert. Lorsqu'il y a plusieurs atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail doit être examiné pour l'ensemble des handicaps présents et non pas s'additionner. Le SMR a décidé, le 22 juin 2011, de s'écarter de l'avis du Dr E _____, estimant que le problème du canal carpien droit ne constitue pas une atteinte incapacitante. L'âge de l'assuré a été pris en compte dans le cadre du calcul du taux d'invalidité. Les conclusions des EPI retiennent une capacité théorique, car la réinsertion de l'assuré a été freinée par son comportement. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de tenir compte des particularités du monde du travail dans le cadre de l'assurance-invalidité, à la différence de l'assurance-chômage. Ainsi, l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause, sans nécessité de mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires.![endif]>![if> 31. Par pli du 12 avril 2013, l'assuré persiste dans ses conclusions. L'expertise est contradictoire avec l'avis des médecins traitants qui retiennent une incapacité de travail de 50 % au moins et, tout en retenant une aggravation des cervico-brachialgies, elle ne se prononce pas sur les conséquences des autres affections. Il convient de se fonder sur l'avis de la Dresse C _____, qui atteste que l'assuré souffre de douleurs intenses et que c'est l'ensemble de

la situation qui justifie une incapacité de travail. Finalement, c'est une diminution de rendement de 50 % constatée aux EPI, et non pas seulement de 20 %, qui doit être retenue. De même, compte tenu de l'âge de l'assuré, du nombre d'années de service, de sa nationalité, de sa mauvaise maîtrise de la langue et de son éloignement du travail depuis douze ans, c'est un abattement de 25 % qui doit être pris en considération.!

32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, la décision litigieuse datant de 2011, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté le 28 mai 2008.!

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).!

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 10 octobre 2006 et sur le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée.!

5. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références).!

Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Aussi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 , consid 2b). Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108).

b) 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). Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b). c) Le Tribunal fédéral a confirmé qu'une administration ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit, lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI. En effet, dès lors que l'office AI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite (ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2e éd., p. 399), comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction. 6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) 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. c) 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). d) 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). Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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). e) 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). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). [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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) 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).

c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

d) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales

permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). 8. 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> 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). 9. a) En l'espèce, en entrant en matière sur la demande de révision de l'assuré du 1^{er} juin 2007, qui constitue une nouvelle demande soumise au délai de carence d'un an à défaut d'octroi préalable de prestations, l'OAI a admis qu'il avait rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé par rapport à la situation prévalant lors de la décision de refus du 10 octobre 2006. Cette décision initiale se fondait sur l'expertise du 5 avril 2006 de la Dresse B _____, qui retenait notamment une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite et après avoir exclu tout conflit sous-acromial à l'examen clinique, retenait cette affection sur la base des radiologies effectuées, une spondylo-discarthrose cervico-lombaire avec des atteintes radiculaires seulement séquellaires S1 G et éventuellement radiculaire sensitive L5. Sur ces bases et après avoir dressé la liste des limitations fonctionnelles, l'experte a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité de transporteur de malades et dans les autres activités effectuées lors de la réadaptation, notamment ouvrier dans une activité légère.[endif]>[if> En juin 2007, l'assuré a fait valoir une aggravation de son état de santé, mais également une mauvaise appréciation par la Dresse B _____ de la gravité de ses atteintes. Il ressort ainsi du rapport détaillé de la Dresse C _____ du 14 mai 2007 que les radiographies du 23 octobre 2006 et du 21 novembre 2006 objectivent une déchirure de la coiffe des rotateurs (tendon du sus-épineux, du sous-épineux et du sous scapulaire) avec un important remaniement de l'acromion et du trochiter, ainsi qu'une radiculopathie lésionnelle C5 droite, symptomatique, sur cervicarthrose cervicale avec un rétrécissement foraminal C4-C5 D relativement marqué et, finalement, une neuropathie symptomatique du nerf médian droit, ces deux dernières atteintes étant confirmées par l'examen neurologique du Dr E _____. L'OAI s'est fondé sur les expertises successives de la Dresse B _____, en particulier celles du 25 août 2008 et du 5 août 2010, pour statuer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée. Fondées sur l'ensemble

du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, ces expertises comportent un status objectif détaillé ainsi que des conclusions motivées s'agissant des limitations fonctionnelles objectivées et de la capacité de travail dans une activité adaptée. Ces expertises sont donc probantes. Il convient toutefois d'examiner les griefs de l'assuré et les avis divergents ressortant des autres avis médicaux. b) En premier lieu, le SMR a retenu à juste titre, dans son avis du 6 juillet 2007 que l'aggravation datait d'octobre 2006, en raison notamment de la déchirure de la coiffe des rotateurs qui n'a été opérée qu'en janvier 2008. La Dresse B _____ retient une totale incapacité de travail seulement dès l'intervention, sans se prononcer sur la période antérieure, mais il est d'une part établi que l'assuré était à l'arrêt de travail et il n'est pas envisageable d'autre part que l'assuré ait disposé d'une pleine capacité de travail, sans aucune diminution de rendement, dans l'activité de chauffeur ou d'ouvrier à l'établi entre novembre 2006 et janvier 2008. Il faut donc retenir que l'incapacité de travail durable a débuté le 1^{er} novembre 2006, de sorte que le délai de carence d'un an était échu le 1^{er} novembre 2007. A ce moment-là, aucun médecin ne se prononce précisément sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il s'avère d'une part que l'experte a déterminé que l'assuré présentait une capacité limitée à 50% encore 8 mois après l'intervention, et, d'autre part, il est notoire qu'une intervention chirurgicale n'aurait pas été préconisée si l'atteinte était sans conséquence sur la mobilité et la capacité de travail de l'assuré. Toutefois, l'experte retient finalement que la déchirure n'était que partielle, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer sur la base du dossier quelle était la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée et laquelle, ni de fixer le taux d'invalidité afin de savoir s'il avait droit à une rente dès le 1^{er} novembre 2007. Il est en tout état de cause établi que l'atteinte durable à la santé a débuté le 1^{er} novembre 2006. Sur ce point, la décision est mal fondée. b) Ensuite, il est établi et non contesté qu'en raison de l'atteinte à l'épaule droite, l'assuré était totalement incapable de travailler du 1^{er} janvier 2008 au 1^{er} août 2008, puis à 50% vraisemblablement jusqu'au 30 novembre 2008 selon l'expertise du 25 août 2008. A ce moment-là, l'avis de l'experte se fonde non seulement sur les constatations objectives, mais aussi sur le fait que l'assuré présente en août 2008 un important bronzage, des callosités aux mains et une bonne symétrie musculaire des membres supérieurs compatibles avec un travail manuel et sur la discordance entre les limitations de la gestuelle lors de l'examen par rapport aux mouvements observés lors du déshabillage. Au demeurant, il n'existe pas d'élément au dossier qui justifie que la Cour de céans s'écarte des conclusions de la Dresse B _____ en août 2008. En particulier, le Dr F _____ n'objective pas l'augmentation des plaintes de l'assuré après une évolution jugée favorable durant les trois premiers mois après l'intervention et il maintient, sans explication convaincante, une capacité de travail limitée à 50% de novembre 2008 à avril 2009. La Dresse C _____ confirme les douleurs à l'épaule en décembre 2009, de sorte que son avis se fonde uniquement sur les plaintes du patient. Elle admet que la symptomatologie algique au niveau du genou et du rachis cervical ne s'explique pas par un déficit fonctionnel. Elle mentionne donc des douleurs multiples et relève en particulier celles concernant le rachis lombaire. Les médecins traitants ne font donc pas état d'éléments qui auraient été ignorés par l'experte. c) En second lieu, la Dresse B _____ a examiné lors de l'expertise d'août 2010 l'évolution de la situation après le mois d'août 2008. Contrairement à ce que soutient le recourant, elle a procédé à une analyse tenant compte de ses constatations objectives, des rapports médicaux antérieurs (notamment ceux de la Dresse C _____), mais aussi des radiographies faites et du rapport du 1^{er} juillet 2010 de l'examen neurologique fait par le Dr E _____ . C'est ainsi que l'experte

admet une aggravation du syndrome cervico-brachial droit, survenant dans le contexte d'un syndrome du tunnel carpien qui devrait être opéré et, de concert avec le Dr E_____ et la Dresse C_____, retient une capacité de travail limitée à 50% dans l'activité de transporteur de malades depuis lors. Elle précise, en se fondant sur l'ensemble des éléments et en particulier les dires du patient, qu'après la décompression du nerf, sa capacité sera entière de ce point de vue. Du côté de l'épaule, l'experte estime que son avis de 2008, qui concluait à une rupture partielle et non pas totale, est confirmé par les examens pratiqués ultérieurement et expose de façon convaincante que si l'opération n'a pas permis de réduire les limitations fonctionnelles retenues, l'assuré peut travailler en plein dans une activité adaptée. Outre l'examen médical, ses conclusions sont à nouveau corroborées par une symétrie musculaire et de signes de travail avec les deux mains. A ce propos, le grief du recourant concernant le "saucissonnage" n'est pas fondé. C'est à juste titre que l'experte examine les limitations pour chaque atteinte, afin de déterminer quelle activité est compatible avec chacune de ces pathologies. Ensuite, en admettant que certaines atteintes permettent une activité en plein, en particulier celles à l'épaule, aux genoux et au pied, l'experte ne fait que constater objectivement les conséquences des troubles retenus. En fait, l'assuré fait grief à l'experte de ne pas tenir compte de ses multiples douleurs, mises en avant par la Dresse C_____. Il s'avère toutefois que cet avis est fondé sur les seules plaintes de l'assuré, qui ne sont pas objectivées, ni confirmées par l'examen et contredites par le fait que l'assuré est bien plus actif qu'il ne le prétend. L'experte a ainsi bien tenu compte des conséquences de chaque pathologie, sans en ignorer aucune, et ses conclusions quant au caractère non incapacitant dans une activité adaptée de l'arthrose de la cheville, de l'état des genoux et des suites de l'opération à l'épaule ne sont pas sérieusement remises en doute par les médecins traitants. Ainsi, il n'existe pas d'élément au dossier qui justifie que la Cour de céans s'écarte des conclusions de la Dresse B_____ ressortant de son expertise du 5 août 2010. De même, rien ne justifie d'ordonner une expertise judiciaire, puisque la Cour est convaincue des conclusions de l'experte. Ainsi, l'experte retient in fine que l'assuré a été incapable de travailler à 100% du 1^{er} janvier au 1^{er} août 2008 puis à 50% jusqu'au 1^{er} novembre 2008, date à partir de laquelle il était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Dès le 1^{er} mars 2009, il est à nouveau incapable de travailler à 50% dans une activité adaptée, en raison d'une aggravation de la cervico-brachialgie. La situation devait être revue trois mois après l'opération du tunnel carpien, mais l'assuré n'a pas consenti à cette intervention. d) En troisième lieu, tout en reconnaissant pleine valeur probante à cette expertise, le SMR s'en distancie s'agissant des conséquences du syndrome du tunnel carpien eu égard au fait que l'assuré présente une force de préhension conservée, des callosités à la main droite qui prouvent une utilisation continue et qu'il a pu venir en voiture seul chez l'experte, tout en retenant qu'après opération, l'assuré sera pleinement capable de travailler. Le SMR mentionne sans autre commentaire que les cervico-brachialgies C6 D justifient une incapacité de 50% dès mars 2009, l'atteinte étant encore confirmée lors de l'examen du neurologue de fin juin 2010. Ensuite, l'absence d'opération du tunnel et le fait que la Dresse C_____ estime qu'il ne s'agit pas du motif de la demande AI semblent avoir suffi à la Dresse H_____ pour estimer que les conclusions du SMR du 17 février sont "définitives et valables", c'est-à-dire que le syndrome du tunnel n'est pas incapacitant, sans se prononcer sur les conséquences des cervico-brachialgies. Or, l'experte a laissé ouverte la question du lien entre ces deux affections et il n'a pas été établi que l'opération du tunnel aurait aussi permis de régler les déficits neurologiques en C5-C6, également déterminants pour une incapacité de travail

durable de 50% selon ses conclusions. En dernier lieu donc, soit en février 2011, le SMR retenait une incapacité de travail durable de 50% du 1 er mars 2009 au 31 août 2010 en tout cas (date de la dernière expertise) et il n'y a pas eu d'appréciation médicale divergente depuis lors. Ainsi, le SMR n'a jamais déterminé avec précision si et depuis quand l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ni si l'opération du tunnel carpien était exigible après l'aggravation confirmée en juillet 2010, ni si cette opération était en mesure d'amener les autres symptômes neurologiques constatés. Or, le rapport final de la réadaptation professionnelle du 5 mars 2012 retient que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dès novembre 2008 en se fondant sur le rapport du Dr I _____ du SMR du 21 février 2011, qui ne dit pourtant pas cela puisqu'il admet une aggravation dès mars 2009. Au surplus, la décision ne mentionne expressément aucune date à ce sujet, mais se borne à retenir une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 20%, de sorte qu'à l'issue du délai de carence d'un an, l'assuré a droit à un quart de rente. Sur ce point donc, la décision querellée est mal fondée et il n'est pas admissible de faire supporter à l'assuré avec effet rétroactif au 1 er novembre 2008 l'absence d'intervention chirurgicale alors que l'aggravation date de mars 2009 et que c'est fin juin 2010 que l'indication opératoire a été clairement posée. e) Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il est ainsi médicalement établi que l'assuré est définitivement incapable d'exercer son activité habituelle de ferrailleur. Dans une activité adaptée, il a été pleinement capable de travailler depuis toujours, soit déjà lors du dépôt de la première demande de prestation en 2001, cette pleine capacité étant confirmée lors des stages, en particulier en tant que chauffeur-transporteur de personnes, jusqu'à l'aggravation intervenue début novembre 2006 (Dresse C _____ et radiographies). Il a alors présenté une incapacité de travail d'un pourcentage indéterminé, mais au moins de 20% au degré de la vraisemblance prépondérante, jusqu'au 1 er janvier 2008 (opération), puis de 100% jusqu'au 1 er août 2008, de 50% jusqu'au 1 er novembre 2008, de 0% jusqu'au 1 er mars 2009 et de 50% jusqu'en août 2010 en tout cas (expertise de la Dresse B _____ et avis SMR du 21 février 2011). f) S'agissant de l'évaluation professionnelle en 2012, l'assuré ne peut pas prétendre qu'il conviendrait de retenir une baisse de rendement de 50%, car il est clairement établi que la diminution de rendement constatée est en grande partie due au comportement totalement inadéquat de l'assuré, selon les détails du rapport des EPI. C'est ainsi à juste titre que l'OAI s'est fondé sur l'évaluation médicale pour calculer la capacité de travail résiduelle. g) S'agissant des autres griefs de l'assuré, son âge et les autres éléments mentionnés sont pris en compte dans le cadre de l'abattement effectué sur le salaire d'invalidé. Au surplus, l'état du marché de l'emploi et la conviction de l'assuré d'être totalement invalide ne sont pas déterminants en matière d'assurance-invalidité, mais expliquent que les organes de l'assurance-chômage aient déclaré l'assuré totalement inapte au placement. L'absence d'activité depuis plus de 10 ans, cumulée à d'autres facteurs décisifs, peut parfois conduire l'autorité à admettre qu'aucun employeur, même sur un marché du travail détendu, emploierait l'assuré invalide, mais il faut encore, selon le Tribunal fédéral, que l'assuré soit très proche de l'âge de la retraite, ce qui n'est pas le cas.

10. La cause devra être renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une instruction médicale complémentaire visant à déterminer la capacité de travail de l'assuré du 1 er novembre 2006 au 1 er janvier 2008 et au-delà du 31 août 2010, en mandatant la Dresse B _____ et le Dr E _____, afin de répondre aux questions qui n'ont pas été résolues. Toutefois, la Cour de céans est en mesure de statuer sur le droit à la rente pour la période intermédiaire.!

11. a) Les salaires de référence retenus par l'OAI pour

calculer le taux d'invalidité ne sont à juste titre pas critiqués par l'assuré. A la différence du calcul effectué en mai 2006, sur la base du salaire de chauffeur qualifié, qui n'a plus été une activité adaptée de fin 2006 à fin 2008, l'OAI s'est correctement fondé sur les ESS "total". Il convient de procéder aux calculs selon les périodes déterminantes, sur la base des chiffres retenus (salaire d'invalidité : 59'979 fr. et salaire sans invalidité : 70'085 fr.). Lorsque la capacité est de 100% : il convient de retenir un abattement de 15% en raison de l'âge de l'assuré (51 ans en 2008), de la longue période de travail dans le bâtiment (21 ans), et de l'activité légère seule possible, abattement augmenté à 20% pour le temps partiel lorsque la capacité est de 50%, le critère du permis de séjour n'étant pas rempli. b) A l'échéance du délai de carence au 1^{er} novembre 2007, la capacité de travail n'est pas déterminée, mais elle est nulle dans toute activité dès le 1^{er} janvier 2008. Le taux d'invalidité est alors de 100%. Il ouvre un droit à une rente entière trois mois plus tard, le 1^{er} avril 2008. Sous l'ancien droit en vigueur au 31 décembre 2007, le droit aux prestations s'ouvre à l'échéance du délai de carence d'un an, n'est pas soumis au délai de 6 mois dès le dépôt de la demande et peut même rétroagir 12 mois avant le dépôt de la demande (art 29 et 48 LAI dans leur teneur au 31 décembre 2007), de sorte que le fait que la demande ait été déposée le 1^{er} juin 2007 est sans incidence. c) L'assuré est à nouveau capable de travailler à 50% dès le 1^{er} août 2008, de sorte que son taux d'invalidité est de 65,7% $[70'085 \text{ fr} - 23'991 \text{ fr.} (59'979 \text{ fr}/2 - 5'998 \text{ fr.}) \times 100./ 70'085 \text{ fr.}]$, ce qui réduit son droit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2008. d) Il est à nouveau capable de travailler à 100% dès le 1^{er} novembre 2008, avec une diminution de rendement de 20%, ce qui réduit son droit à un quart de rente dès le 1^{er} février 2009 (conformément au calcul de l'OAI). e) Il est incapable de travailler à 50% dès le 1^{er} mars 2009, ce qui augmente son droit à un trois quart de rente dès le 1^{er} juin 2009 et jusqu'au 30 novembre 2010, soit trois mois après le 31 août 2010, en l'état. f) Il appartiendra à l'OAI de déterminer la capacité de travail de l'assuré au-delà, étant précisé qu'en attendant, il a droit au quart de rente accordé par l'OAI sur la base d'une pleine capacité avec diminution de rendement de 20% et abattement de 15%. 12. Ainsi, le recours est partiellement admis et la décision est annulée dans la mesure de ce qui précède. La cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Au surplus, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'autres mesures professionnelles à l'assuré qui a démontré qu'il ne souhaitait plus en bénéficier, quelle que soit sa capacité de travail résiduelle. L'assuré obtenant partiellement gain de cause, il peut prétendre à une indemnité de procédure fixée à 2'000 fr. en tenant compte du nombre d'écritures, de leur brièveté et de la pertinence de certains arguments seulement. L'émolument est à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement, annule partiellement la décision du 13 décembre 2012, en tant qu'elle limite l'octroi d'une rente à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2009 et dit que l'assuré a droit à une rente entière du 1^{er} avril 2008 au 30 octobre 2008, à un trois-quarts de rente du 1^{er} novembre 2008 au 31 janvier 2009, à un quart de rente du 1^{er} février 2009 au 31 mai 2009, à un trois-quarts de rente du 1^{er} juin 2009 au 30 novembre 2010 et la confirme pour le surplus. 3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré du 1^{er} novembre au 31 décembre 2007 et au-delà du 31 août 2010. 4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 5. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 2'000 fr. en faveur du recourant. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent

former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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