

GE_GERICHTE A/3348/2014 vom 16. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3348_2014

FR: GE_GERICHTE A/3348/2014 du 16 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/3348/2014 del 16 giugno 2015

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1951, de nationalité italienne, a suivi l'école obligatoire dans son pays d'origine où il a ensuite fréquenté une école de soudeur. Il a exercé divers emplois non qualifiés en Italie et en Suisse, notamment dans la restauration, le nettoyage et l'agriculture, avant d'être engagé par l'entreprise C_____ SA en qualité de maçon à partir de 2001. Le 17 septembre 2007, l'assuré a été victime d'un accident professionnel et a reçu un morceau de carrelage sur la joue droite. Le diagnostic de contusion faciale droite a été posé et l'évolution a été marquée par des céphalées et des cervicobrachialgies, s'irradiant plus tard dans les membres supérieurs. Suite à un scanner du massif facial, cérébral et cervical réalisé le 24 septembre 2007, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a observé un tassement du plateau supérieur du corps vertébral de D1, sans atteinte du mur postérieur, des remaniements dégénératifs disco-vertébraux étagés de la colonne cervicale avec des rétrécissements foraminaux modérés en C5-C6 du côté droit et C6-C7 des deux côtés. Le 1^{er} novembre 2007, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) a été réalisée. Dans son rapport du même jour, le Dr E_____, radiologue FMH, a conclu à une minime hernie discale paramédiane pouvant être en partie foraminale C5-C6 droite, pouvant créer une contrainte sur la racine C6 droite, ainsi qu'à une minime hernie discale médiane C6-C7, sans contrainte radiculaire ou médullaire. En date du 23 novembre 2007, un électromyogramme (ci-après EMG) a été réalisé sur la personne de l'assuré. Dans son rapport y relatif du 26 novembre 2007, le Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que les circonstances de l'apparition des céphalées et leur topographie évoquaient des radiculalgies C2/C3. Par ailleurs, l'examen myographique du membre supérieur droit, dans les myotomes C5-D1, avait permis d'observer une discrète dénervation limitée au myotome C6, laquelle avait un aspect stable non évolutif. Par rapport du 14 février 2008, le Dr G_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué des cervicobrachialgies droites sur une hernie C5-C6 droite, lesquelles persistaient malgré le traitement conservateur, les séances de physiothérapie et plusieurs infiltrations. Par demande du 27 août 2008, l'assuré a sollicité des prestations de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après OAI), en raison d'une hernie discale. Une nouvelle IRM du rachis cervical a été réalisée le 25 août 2008. Dans son rapport du 28 août 2008, le Dr H_____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé que les nouvelles données démontraient la stabilité de l'image de la hernie discale C5-C6 droite de localisation foraminale engendrant un

conflit radiculaire. Il a également constaté une discopathie en C6-C7 avec une hernie discale médiane sans conflit disco-radiculaire. 9. Le 8 septembre 2008, l'employeur a indiqué à l'OAI que le salaire horaire total de l'assuré s'élevait à CHF 34.95 depuis le 1^{er} janvier 2008 et que la durée de travail hebdomadaire était de 41.75 heures. L'assuré avait été en arrêt maladie du 14 mars au 30 avril 2007, en arrêt accident du 18 septembre 2007 au 31 mars 2008, et à nouveau en arrêt maladie dès le 1^{er} avril 2008.

10. Par rapport du 8 septembre 2008, le Dr I_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des cervicobrachialgies droites sur une hernie cervicale C5/C6. L'assuré se plaignait encore de douleurs nucales et d'irradiation dans le membre supérieur droit. L'incapacité de travail était totale depuis le jour de l'accident et les activités impliquant la montée sur des échelles ou des échafaudages, le port de charges de plus de 5kg, ainsi que le travail avec les bras au-dessus de la tête étaient contre-indiqués.

11. Le 7 octobre 2008, un nouvel EMG a été effectué par le Dr F_____. Dans son rapport du 8 octobre 2008, ce médecin a conclu que l'examen myographique des membres supérieurs dans les myotomes C5-D1 avait permis de retrouver à droite une dénervation très modérée et chronique dans le myotome C6, dénervation avec un aspect stable et non évolutif. En outre, une neuropathie canalaire carpienne très modérée était observée, se traduisant à droite par un allongement discret de la latence motrice et une vitesse sensitive distale du médian à la limite inférieure de la norme. Du côté gauche, la latence motrice distale du médian étant à la limite supérieure de la norme. Il n'y avait pas de dénervation dans la musculature thénarienne droite et gauche. Un traitement conservateur était encore indiqué.

12. Dans un rapport du 5 novembre 2008, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré en ce qui concernait l'atteinte cervicale, mais il a également signalé l'existence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'incapacité de travail demeurait totale.

13. Le 6 février 2009, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique au Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR). Dans son rapport du 10 février 2009, le Dr J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des cervicobrachialgies bilatérales sur des troubles dégénératifs, soit une hernie discale C5-C6 et C6-C7 droite et une radiculopathie déficitaire et irritative C6 droite, un canal carpien bilatéral prédominant à gauche, et des podalgies bilatérales d'origine indéterminée. Il a également fait état, en tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, d'une surcharge pondérale, d'une hypercholestérolémie, d'une hypertension artérielle traitée et d'une majoration des symptômes avec la présence de nombreux signes de non organicité.

L'assuré se plaignait de cervicalgies constantes, avec des irradiations au niveau des deux épaules et des deux membres supérieurs, exacerbées par toute forme d'activité physique de ces membres ou de position en flexion-extension du rachis. A ces phénomènes douloureux, étaient associés un sentiment de fourmillements et de dysesthésie lors de positions statiques prolongées, ainsi qu'un phénomène de blocage au niveau cervical et du bras lors de tentatives de port de charge. L'assuré déclarait également une symptomatologie algique touchant les deux pieds et des phénomènes de blocage, depuis cinq à six mois, exacerbée par la marche, mais sans facteur déclenchant particulier. L'assuré relatait en outre des céphalées à caractère pulsatile frontal avec un phénomène constrictif. L'examinateur a retenu que l'assuré présentait un trouble dégénératif du rachis cervical sous la forme de hernie discale et d'un syndrome radiculaire C6 à droite. L'examen clinique mettait essentiellement en évidence une symptomatologie à prédominance gauche sous la forme de

trouble sensitif et d'exacerbation algique. Concernant l'anamnèse douloureuse des pieds, exacerbée par la marche, l'examineur a relevé l'absence de mise en évidence de phénomène inflammatoire localisé lors de son examen clinique d'anamnèse compatible avec un trouble inflammatoire quel qu'il soit. Au vu des atteintes ostéoarticulaires et du trouble neurologique, l'incapacité de travail était totale depuis le 17 septembre 2007 dans l'activité antérieure. En revanche, une activité professionnelle à plein temps était théoriquement possible dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2008, soit six mois après le sinistre, avec une baisse de rendement de 30% au vu de la symptomatologie algique cervicale et du trouble neurologique. Concernant les limitations fonctionnelles, l'examineur a relevé que l'assuré ne pouvait pas porter des charges de plus de 5 kg au niveau des membres supérieurs de façon répétitive, et de plus de 7,5 kg de façon occasionnelle. Etaient également contre-indiqués les mouvements en hauteur (antépulsion ou abduction au-delà de 60° de façon répétitive et 90° de façon occasionnelle), les activités nécessitant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs, les positions statiques en flexion ou extension du rachis cervical, celles impliquant des mouvements de rotation droite/gauche à répétition ou de façon brusque aux dépens du rachis cervical. Le périmètre de marche était limité à 30 minutes et les positions statiques debout au-delà à 10-15 minutes. En outre, les activités en hauteur et celles comportant la montée ou la descente d'escaliers à répétition, ou la marche en terrain instable devaient être évitées. 14. Dans son avis du 19 février 2009, la Dresse K_____, médecin SMR, a considéré que malgré les signes de majoration des symptômes, les atteintes objectives provoquaient à elles seules des limitations qui justifiaient une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon. Toutefois, depuis le 1^{er} avril 2008, une activité adaptée était possible à plein temps, avec une baisse de rendement de 30%, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J_____.!endif]>!if> 15. Par décision du 30 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet du 23 février 2009, et rejeté la demande de prestations de l'assuré. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 48'520.-) et avec invalidité (CHF 42'158.-), la perte de gain s'élevait à CHF 6'362.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 13%, degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.!endif]>!if> 16. Par communication du 18 décembre 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation en vue d'un placement, dont l'évaluation, confiée aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI), devait se dérouler du 14 décembre 2009 au 28 mars 2010.!endif]>!if> 17. Par rapport du 2 mars 2010, la Dresse L_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à une IRM du rachis cervical réalisée le jour même, à des discopathies et une uncarthrose C5-C6 et C6-C7 entraînant un rétrécissement foraminaux surtout droit à ces deux étages, ainsi qu'à une anomalie de signal de type graisseux de la partie antérieure de la vertèbre D1 associée à un aspect discrètement cunéiforme probablement séquellaire. !endif]>!if> 18. Les EPI ont rendu leur rapport d'évaluation le 19 avril 2010. Il en ressort notamment que l'assuré présentait des capacités manuelles exploitables et qu'une formation pratique en entreprise sur des travaux manuels simples et légers ne nécessitant pas un haut niveau de réflexion et de compréhension était tout à fait envisageable. Le stage de réentraînement mis en œuvre à l'atelier des EPI n'avait toutefois pas permis de vérifier si l'assuré pouvait atteindre des rendements suffisants pour envisager un stage en entreprise, en raison des nombreux arrêts de travail de l'assuré.!endif]>!if> 19. Selon le rapport d'évaluation de réadaptation professionnelle du 13 octobre 2010, les arrêts de travail avaient empêché la réalisation d'un stage en entreprise, ce qui aurait pu ensuite justifier une allocation d'initiation au travail. Aucune

autre mesure de placement n'était indiquée.![endif]>![if> 20. En date du 10 septembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, mentionnant des discopathies et une uncarthrose C5-C7 avec un rétrécissement foraminal aux deux étages, une anomalie de la partie antérieure de D1 avec un aspect cunéiforme séquellaire.![endif]>![if> 21. Par rapport du 8 octobre 2012, le Dr M_____, spécialiste FMH en pathologie, a conclu à une stabilisation au niveau cervical mais à une aggravation aux niveaux dorsal et lombaire. Les douleurs étaient constantes et réfractaires à tout traitement, lequel restait cantonné aux antiinflammatoires et analgésiques.![endif]>![if> 22. Dans un nouveau rapport non daté, reçu par l'OAI en janvier 2013, ce médecin a attesté qu'aucune activité professionnelle n'était en l'état possible, l'assuré devant éviter tout mouvement impliquant la colonne cervicale et dorsale. ![endif]>![if> 23. Sur demande de l'OAI, le Dr M_____ a précisé, par rapport du 21 août 2013, que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis deux-trois ans dans sa globalité de sorte que la capacité de travail était en l'état nulle. Les discopathies cervico-dorso-lombaires ne lui permettaient pas d'occuper un poste aussi bien en position assise que debout ou accroupie, et son membre supérieur droit était inutilisable.![endif]>![if> Le Dr M_____ a joint les documents suivants : - un rapport du 23 juillet 2013 rédigé par la Dresse N_____, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a constaté que son examen du même jour mettait en évidence des signes en faveur d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, à nette prédominance à droite. De ce côté, l'atteinte du nerf médian était sensitivomotrice axonale et myélinique, avec des signes de dénervation-réinnervation chronique du muscle court abducteur du pouce. Une indication opératoire était relevée pour libérer le nerf médian au canal carpien à droite. En outre, les crispations des deux premiers doigts à droite et les sensations douloureuses ascendantes depuis le poignet étaient en relation avec cette compression du nerf médian au canal carpien droit. A l'EMG, il n'y avait pas de signes en faveur d'une radiculopathie compressive de C5 à C8 (D1) à droite.![endif]>![if> - un rapport du 28 septembre 2012 du Dr O_____, spécialiste FMH en radiologie, mentionnant qu'une IRM rachidienne totale pratiquée le 26 septembre 2012 avait objectivé des discopathies C5-C6 et C6-C7 avec une uncarthrose à prédominance droite responsable de sténoses foraminales en regard. Il a également relevé une herniation intraspongieuse avec une anomalie de signal à hauteur de D8-D9, des discopathies modérées en lombaire à prédominance L4-L5 et surtout L5-S1, avec un débord circonférentiel global. ![endif]>![if> 24. Par avis du 29 août 2013, la Dresse P_____, médecin auprès du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets de médecine interne, de rhumatologie et de neurologie, afin de déterminer dans quelle mesure les aggravations signalées avaient des répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 25. Par communication du 4 décembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, précisant que le choix du centre d'expertise se ferait de manière aléatoire. La liste des questions adressées aux experts était annexée à cette missive et un délai de 10 jours imparti à l'assuré pour formuler d'éventuelles questions complémentaires.![endif]>![if> 26. Le 16 décembre 2013, le Dr M_____ a indiqué à l'OAI que l'état de son patient s'étant encore aggravé suite à l'apparition d'un diabète, traité par antidiabétiques oraux, mais difficile à maîtriser compte tenu des analgésiques et antiinflammatoires prescrits à l'assuré.![endif]>![if> 27. Par communication du 28 janvier 2014, l'OAI a annoncé à l'assuré que l'expertise serait réalisée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) et lui a communiqué le nom des experts, ainsi que leur spécialité, précisant qu'il disposait d'un délai de 10 jours pour faire valoir des motifs

pertinents de récusation.]endif]>![if> 28. En date du 6 mai 2014, la Dresse Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie, médecins auprès de la CRR, ont rendu leur rapport d'expertise.]endif]>![if> Les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies sur une discopathie avec une disarthrose et une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, des cervicobrachialgies de topographie plutôt C6 avec une atteinte prédominante à droite, un tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, des dorsalgies non spécifiques, des lombalgies sur une discopathie de L2 à S1 avec une protrusion discale prédominant à l'étage L5-S1, des sciatalgies bilatérales sans signe de neuropathie. Ils ont également signalé, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle limite, une hypercholestérolémie traitée, une obésité de stade I, un probable syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, un probable asthme bronchique, une probable hypertrophie de la prostate, un status après une intervention abdominale et une possible neuropathie diabétique débutante. Les conclusions de ce document sont basées sur une anamnèse et un examen clinique réalisé le 1^{er} avril 2014 par l'expert principal, le Dr R_____, sur une expertise en médecine interne réalisée le 2 avril 2014 par la Dresse Q_____, sur une expertise neurologique réalisée le 2 avril 2014 par le Dr S_____, ainsi que sur le dossier médical mis à disposition par l'OAI, dont les documents d'imagerie. Après avoir résumé le dossier, présenté des anamnèses familiale, sociale et professionnelle, les experts ont relaté les plaintes de l'assuré, soit une douleur musculo-squelettique diffuse touchant à la fois le rachis cervico-dorso-lombaire et les membres supérieurs et inférieurs. Par ordre d'importance, l'assuré signalait en premier lieu les douleurs des deux mains présentes à l'activité, en particulier dans la région du pouce et de l'index avec des crispations de la pince pouce-index en cas d'activité manuelle, ainsi que des engourdissements et une impression de mains mortes qui pouvait le réveiller la nuit. En deuxième lieu, il a mentionné des cervicalgies qui provoquaient des céphalées et des douleurs cervicoscapulaires, lesquelles pouvaient irradier les deux bras. En troisième position, il a fait état de dorso-lombalgies sous forme de « piquées », de blocage lombaire, d'irradiation dans les deux membres inférieurs d'un trajet plutôt postérieur irradiant ensuite jusqu'au gros orteil des deux côtés, mais avec une prédominance à gauche. Il se plaignait encore des podalgies à titre de sensations de brûlures bilatérales. Les séances de physiothérapie ne l'avaient pas aidé. Il portait des attelles pour les poignets et utilisait également régulièrement une minerve pour la nuque. Les experts ont ensuite commenté les résultats de leurs examens objectifs et exposé, concernant l'appareil locomoteur, que les troubles déjà mentionnés et connus à la suite de la première demande étaient retrouvés à l'étage cervical. Les plaintes et l'examen clinique étaient globalement superposables aux différentes évaluations médicales réalisées pendant l'instruction du premier dossier. Ils ont expliqué que les deux IRM effectuées en septembre 2012 et juillet 2013 ne mettaient pas en évidence d'aggravation de la situation par rapport aux précédentes IRM cervicales réalisées en 2007 - 2008 et 2010. Concernant l'étage dorsolombaire, les constatations étaient de peu de gravité avec principalement des discopathies modérées de L2 à S1. Aucune sténose canalaire ou foraminale significative n'était mise en évidence. Les prolapsus discaux étaient également peu importants. A l'étage dorsal, il s'agissait d'image banale d'herniation intra-spongieuse. Le retentissement fonctionnel était également modéré avec un syndrome lombo-vertébral tout à fait mineur. En revanche, les troubles s'expliquaient bien davantage

par un déconditionnement marqué et par une obésité bien installée. Concernant les membres supérieurs et inférieurs, les atteintes n'étaient pas non plus significatives et ne permettaient pas de rendre compte des plaintes douloureuses de l'assuré. Sur le plan neurologique, peu de choses étaient retenues : un tunnel carpien bilatéral connu depuis de nombreuses années, un syndrome cervical également modéré avec des troubles de la sensibilité qui correspondaient principalement au territoire de C6 ou du nerf médian. Toutefois, l'examen électrophysiologique réalisé par la Dresse N_____ en juillet 2013 ne montrait aucune souffrance particulière, en particulier dans le myotome C6. Il en allait de même pour les membres inférieurs. Il n'y avait donc pas d'explication neurologique pour le tableau clinique rachidien et les douleurs des membres inférieurs. Tout au plus, il était possible que l'assuré présente quelques symptômes que l'on pourrait attribuer à une polyneuropathie diabétique débutante, mais ces troubles étaient également mineurs et n'avaient aucun retentissement fonctionnel qui irait au-delà de l'appréciation déjà réalisée par le SMR en 2009. Enfin, l'évaluation de médecine interne retenait plusieurs diagnostics, mais ces atteintes internistiques restaient modérées et n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail, y compris concernant le diabète de découverte récente. Partant, les experts retenaient, en consilium, qu'il n'y avait aucun élément nouveau cliniquement significatif qui permettrait d'aller au-delà des limitations fonctionnelles déjà importantes retenues par le SMR au début de l'année 2009. En d'autres termes, l'assuré conservait une capacité de travail dans une activité adaptée, avec certes une diminution de rendement comme proposé par le SMR. Les limitations retenues concernaient le port de charges au-delà de 5 kg (rarement jusqu'à 7,5 kg), les positions en flexion de la nuque, en porte-à-faux, des mouvements de torsion répétés. Pouvaient également être retenues les mêmes limitations pour l'étage dorsolombaire. Les positions statiques debout étaient à limiter ainsi que le périmètre de marche qui ne devrait pas dépasser environ 30 minutes. D'autre part, les marches en terrains irréguliers, instables, en hauteur, les montées et descentes fréquentes d'échelles ou d'escaliers étaient également contre-indiquées. Dans toute activité respectant ces limitations, l'assuré était apte à exercer une activité professionnelle comme cela avait déjà été évalué à la suite de la première demande d'invalidité. Suite à l'échec des premières mesures de reclassement en 2010, il était fort probable que le même scénario se renouvelle, de sorte qu'il n'y avait aucune indication à mettre en place des mesures de réinsertion professionnelle. Il ressort en particulier du rapport du Dr S_____ que l'examen neurologique ne permettait pas de mettre en évidence d'anomalie indiscutable. Tout au plus il existait un syndrome cervical, mais relativement modéré, ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral peu sévère. Aux membres supérieurs, il n'y avait pas d'anomalie des réflexes tendineux ni de déficit moteur. L'examen électrophysiologique effectué par la Dresse T_____ en 2013 n'avait pas mis en évidence d'anomalie myographique compatible avec une souffrance radiculaire, en particulier dans le myotome C6. Par contre il existait de discrètes anomalies compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance droite. L'IRM cervicale mettait en évidence un discret rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6, potentiellement responsable d'une souffrance radiculaire C6. Aux membres inférieurs, les anomalies objectives en faveur d'une souffrance radiculaire n'étaient pas présentes, en particulier la manœuvre de Lasègue était négative, les réflexes tendineux étaient normo-vifs et symétriques, et l'examen moteur était rigoureusement normal. Les seules anomalies constatées étaient des anomalies sensitives, distales au membre inférieur gauche, d'interprétation difficile dans le cadre du contexte, mais qui pourraient être les prémices d'une discrète polyneuropathie diabétique. Quant à l'IRM

lombaire, elle permettait d'exclure une éventuelle compression radiculaire. En définitive, il s'agissait d'un syndrome douloureux diffus, mal systématisé, sans substrat neurologique. Tout au plus la symptomatologie algo-paresthésiante du membre supérieur droit pouvait s'expliquer par des anomalies objectives. Un syndrome radiculaire C6 droit n'était pas exclu compte tenu de la mise en évidence d'un rétrécissement foraminaux sous le plan neuroradiologique. Le discret syndrome du tunnel carpien documenté jouait probablement également un rôle. Il n'y avait par contre pas d'explication neurologique pouvant expliquer le reste du tableau, en particulier les douleurs rachidiennes, celles du membre supérieur gauche, et celles des membres inférieurs. Une polyneuropathie diabétique débutante était possible, mais n'expliquait pas les symptômes et n'avait pas de caractère limitant. Par conséquent, il n'y avait pas de modification significative du tableau par rapport à 2008 et les limitations fonctionnelles définies par le SMR, dans son appréciation du 23 janvier 2009 demeuraient inchangées. La Dresse Q_____ a quant à elle conclu, « du point de vue internistique », que si l'on faisait abstraction des plaintes de l'appareil locomoteur et des troubles neurologiques, étaient relevés une toux et une dyspnée modérée à l'effort imputables à un probable asthme bronchique, des oppressions thoraciques occasionnelles sans mise en évidence d'épisode ischémique, des troubles urinaires probablement secondaires à un prostatisme. L'assuré était en outre suivi pour un syndrome métabolique avec un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle limite, une hypercholestérolémie traitée. Il souffrirait également d'un syndrome d'apnée du sommeil qui n'était pas appareillé. Le reste de l'examen de médecine interne était sans particularité. De son point de vue, les atteintes présentées par l'assuré étaient modérées et n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail dans quelque activité que ce soit. Ainsi, les répercussions sur la capacité de travail secondaires à l'atteinte à la santé étaient surtout consécutives aux troubles ostéoarticulaires et neurologiques qui faisaient tous deux l'objet d'une évaluation à part. 29. Dans un avis du 5 août 2014, la Dresse U_____, médecin auprès du SMR, a conclu, sur la base du rapport d'expertise de la CRR, que la situation médicale était superposable à la celle prévalant en 2009, tout comme le taux de la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles. 30. Par décision du 29 septembre 2014, l'OAI a maintenu les termes de son projet du 18 août 2014 et rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que les conditions de fait ne s'étaient pas modifiées de manière à influencer son degré d'invalidité depuis la décision de mars 2009. Partant, le degré d'invalidité demeurait fixé à 13%, degré insuffisant pour prétendre à une rente ou à des mesures professionnelles. 31. Par acte du 31 octobre 2014, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des parties et à celle de son médecin traitant, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'il soit constaté que son taux d'invalidité était de 100% depuis le 10 septembre 2012, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2013, avec intérêts à 5% l'an pour les arriérés depuis le 31 décembre 2013. Le recourant a invoqué tout d'abord la violation de son droit d'être entendu aux motifs qu'il n'avait pas été informé que la Dresse Q_____ interviendrait comme experte et n'avait donc pas pu faire valoir des motifs de récusation à son égard, que la liste des questions posées ne lui avait pas été communiquée et qu'il n'avait pas pu en formuler, et qu'aucune expertise rhumatologique n'avait eu lieu, contrairement à ce qui avait été annoncé. Sur le fond, il a soutenu que son état de santé s'était aggravé suite à l'entrée en force de la première décision, précisant que les rhumatologues avaient notamment constaté

l'apparition d'un rétrécissement foraminaux, que les neurologues avaient diagnostiqué une compression du nerf médian au canal carpien droit, et que son médecin traitant avait noté l'apparition d'un diabète difficile à maîtriser. Il a également rappelé que la Dresse Q _____ avait estimé que les répercussions sur la capacité de travail étaient surtout liées aux troubles ostéoarticulaires et neurologiques, mais que l'évaluation rhumatologique avait été omise. Le recourant a ensuite fait grief à l'intimé d'avoir opéré un calcul erroné de son taux d'invalidité car le revenu réalisé en 2006 (CHF 48'520.-) était sensiblement plus bas que le celui obtenu les années précédentes auprès de son même employeur (CHF 55'404.- en 2003, CHF 53'714.90 en 2004, CHF 57'142.85 en 2005). Compte tenu de ces fluctuations, l'OAI aurait dû se baser sur la moyenne des gains réalisés entre 2003 et 2006 (CHF 53'783.62), somme qui aurait dû être adaptée à l'évolution des salaires réels de 2006 à 2013. Le revenu sans invalidité à prendre en compte s'élevait ainsi à CHF 57'279.50. Concernant le salaire d'invalidité, il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son âge au moment de la naissance du droit à la rente, soit 61 ans et 9 mois. Il a allégué ne disposer d'aucune formation professionnelle et souffrir d'innombrables limitations fonctionnelles, de sorte que ses perspectives de retrouver un emploi à trois ans de l'âge légal de la retraite étaient nulles. Sa perte de gain était totale et son degré d'invalidité de 100% car plus aucune activité n'était exigible de sa part. [endif]>![if> 32. Le 10 novembre 2014, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il n'était pas en mesure de lui transmettre le récépissé postal de la décision attaquée. [endif]>![if> 33. Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. S'agissant du grief tiré de la violation du droit d'être entendu, il a souligné ne plus pouvoir intervenir une fois que la procédure MED@P avait été mise en marche et que le centre d'expertise et les médecins avaient été désignés. De plus, les experts pouvaient, s'ils l'estimaient nécessaire, modifier les volets à analyser. Enfin, le recourant n'avait aucun motif de récusation ni questions qu'il aurait souhaité poser. Concernant la capacité de travail du recourant, il convenait de s'en référer aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, dont l'évaluation tenait compte d'un volet rhumatologique (troubles de l'appareil locomoteur), d'un volet neurologique et d'un volet de médecine interne. Il a ajouté à ce sujet que le Dr R _____ était spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique, et que la Dresse Q _____ était spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Selon les experts, il n'y avait pas d'aggravation sur les plans ostéoarticulaires et neurologiques, et les nouveaux diagnostics sur le plan de la médecine interne n'étaient pas incapacitants. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%. En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, les limitations fonctionnelles du recourant étaient superposables à celles de 2009. Enfin, l'intimé a rappelé que la décision se fondait, pour la détermination du salaire sans invalidité, sur celle de mars 2009 qui était entrée en force, et considéré que l'âge actuel du recourant ne justifiait pas un motif de révision. La situation étant identique à celle qui prévalait lors de la première demande de prestations, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des gains. [endif]>![if> 34. Par réplique du 22 décembre 2014, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. En premier lieu, il a soutenu que la Dresse Q _____ avait uniquement réalisé une expertise en médecine interne, et non pas en rhumatologie. S'agissant de son âge, il a soutenu qu'il constituait un motif de révision, dès lors qu'il était âgé de 57 ans lors de la décision initiale, de 61 ans lors du dépôt de sa seconde demande de rente et de 63 ans actuellement. En outre, seul le dispositif de la décision de 2009 avait acquis force de chose jugée, et non pas ses considérants, de sorte que le calcul opéré dans la

première décision, manifestement erroné, pouvait être revu. ³⁵ Dans son écriture du 22 janvier 2015, l'intimé a également persisté. Il a relevé que l'écoulement du temps ne constituait pas une atteinte à la santé et ne pouvait en soi justifier un motif de révision. Il a rappelé que la situation médicale de l'assuré était superposable à celle de 2009, date à laquelle une reconversion professionnelle pouvait être exigée de sa part. Cela étant, le recourant, en dépit de ses affections, pouvait exercer des activités simples et légères en entreprises, sans formation importante, et ce depuis 2009.

³⁶ Copie de ce document a été transmise au recourant le 26 janvier 2015.

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/GE 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 29 septembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA; RS/GE E 5 10]).

5. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est aggravé de manière à influencer son droit à la rente entre le 30 mars 2009, date de la décision initiale entrée en force par laquelle cette prestation lui a été refusée, et le 29 septembre 2014, date à laquelle l'intimé s'est prononcé sur la nouvelle demande du

recourant. [endif]>[if] 6. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, soutenant qu'il n'a pas eu la possibilité de se prononcer sur la liste des questions soumises aux experts et qu'il n'a pas pu faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de la Dresse Q_____, faute d'avoir été informé de son intervention. [endif]>[if] Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle dont la violation entraîne, lorsque sa réparation par l'autorité de recours n'est pas possible, l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 137 I 195 consid. 2.2 ; ATF 133 III 235 consid. 5.3). Ce moyen doit par conséquent être examiné en premier lieu (ATF 137 I 195 consid. 2.2). 7. a. Pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), en vigueur depuis le 1 er mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois, ou plus de trois, disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). [endif]>[if] L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a mis en place une plate-forme (SuisseMED@P) destinée aux offices AI pour l'attribution sur une base aléatoire des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire. b. Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI (annexe V de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité de l'OFAS, valable dès le 1 er janvier 2010, état au 1 er mars 2012), l'office AI annonce à la personne assurée qu'il juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire et l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours. Le centre d'expertise communique le nom des personnes auxquelles l'expertise est confiée dans chaque discipline et fixe les dates des examens. Une fois que le mandat est confirmé, l'Office AI est informé par courriel de l'identité des experts, des dates et lieux des expertises auxquelles la personne assurée sera soumise. L'Office AI informe la personne assurée des dates auxquelles elle sera soumise à l'expertise et du nom des experts. Il la rend attentive à son droit de faire valoir dans les 10 jours d'éventuels motifs de rejet ou de récusation à l'encontre des experts cités. c. Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 120 V 364 consid. 3a), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111 consid. 4a/aa), le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, à défaut de quoi le plaideur est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (ATF 119 Ia 221 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 105/06 du 12 juin 2007 consid. 3). En particulier, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 126 V 303 consid. 1b, publié in SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités). 8. En l'occurrence, la chambre de céans constate que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'occasion lui a été donnée de se déterminer sur les questions posées aux experts puisque la liste des questions a été annexée à la communication de l'intimé du 4 décembre 2013, et qu'un délai de 10 jours lui a été imparti pour adresser d'éventuelles questions complémentaires. [endif]>[if] En ce qui concerne le choix des experts, l'intimé a communiqué au recourant leur identité le 28 janvier 2014, conformément aux informations qui lui avaient été transmises par la CRR, et lui a expressément indiqué qu'il pouvait faire valoir des motifs pertinents de récusation à leur encontre dans un délai de 10 jours, ce qu'il n'a pas fait. Un changement est toutefois survenu puisque que la Dresse Q_____ a

remplacé le médecin rhumatologue initialement choisi. Dans ces circonstances, le recourant aurait dû, s'il estimait avoir un motif de récusation à l'encontre de cette experte, contester sa désignation dès que possible. Or, il est rappelé qu'il a été examiné par la Dresse Q_____ le 2 avril 2014 et qu'il se prévaut de ce moyen pour la première fois dans le cadre de la présente procédure. Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation, ce grief doit être considéré comme tardif. Au demeurant, la chambre de céans constate que le recourant n'invoque aucun motif concret qui lui aurait permis de récuser cette spécialiste ni aucun autre élément objectif qui fasse suspecter l'experte de prévention. Partant, les griefs tirés de la violation du droit d'être entendu doivent être rejetés. 9. Sur le fond, le recourant invoque une aggravation de son état de santé suite à l'entrée en force de la première décision. 10. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la 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. 11. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 12. L'art. 17 al. 1 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, 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). 13. 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 ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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). 12. 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).

13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend en effet du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des

connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 et les références). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 166 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

14. 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). 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).

15. En l'espèce, pour déterminer s'il y a eu une modification notable du degré d'invalidité du recourant, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, soit au 29 septembre 2014, avec les circonstances qui prévalaient lors de la décision initiale du 30 mars 2009. a. Il ressort de l'instruction menée par l'intimé préalablement à la décision de mars 2009, que le recourant présentait alors des cervicobrachialgies bilatérales sur des troubles dégénératifs (une hernie discale C5-C6 et C6-C7 droite et une radiculopathie déficitaire et irritative C6 droite), un canal carpien bilatéral et des podalgies bilatérales d'origine indéterminée, atteintes ayant des effets sur sa capacité de travail. En outre, avaient également été mentionnés, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, une surcharge pondérale, une hypercholestérolémie, une

hypertension artérielle et une majoration des symptômes avec la présence de nombreux signes de non organicité. Compte tenu des atteintes ostéoarticulaires et du trouble neurologique, la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure, mais entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%, et ce depuis le 1^{er} avril 2008. Le recourant ne devait pas porter des charges de plus de 5 kg de façon répétitive et de 7,5 kg de façon occasionnelle, monter ou descendre des escaliers à répétition, marcher en terrain instable ou plus de 30 minutes, travailler en hauteur et rester debout plus de 10-15 minutes. Étaient également contre-indiqués les mouvements en hauteur, un rendement imposé au niveau des membres supérieurs, les positions statiques en flexion ou extension du rachis cervical, les mouvements de rotation à répétition ou de façon brusque aux dépens du rachis cervical (cf. rapport du Dr J_____ du 10 février 2009).

b. Suite à la nouvelle demande déposée par le recourant le 10 septembre 2012, l'intimé a retenu, à l'appui de sa décision du 29 septembre 2014, fondée sur l'avis de la Dresse U_____ du 5 août 2014, lui-même basé sur les conclusions du rapport d'expertise de la CRR du 6 mai 2014, que les conditions de fait ne s'étaient pas modifiées de manière à influencer le degré d'invalidité du recourant depuis la décision initiale. Il est rappelé que les experts ont exposé que les plaintes et l'examen clinique étaient globalement superposables aux différentes évaluations médicales réalisées pendant l'instruction du premier dossier. Les deux IRM effectuées en septembre 2012 et juillet 2013 ne mettaient pas en évidence d'aggravation de la situation par rapport aux précédentes IRM cervicales. Concernant l'étage dorsolombaire, les constatations étaient de peu de gravité avec principalement des discopathies modérées de L2 à S1. Aucune sténose canalaire ou foraminale significative n'était mise en évidence, les prolapsus discaux étaient peu importants, il s'agissait d'image banale d'herniation intra-spongieuse et le retentissement fonctionnel était modéré avec un syndrome lombo-vertébral tout à fait mineur. Concernant les membres supérieurs et inférieurs, les atteintes n'étaient pas non plus significatives et ne permettaient pas de rendre compte des plaintes douloureuses. Sur le plan neurologique, le tunnel carpien bilatéral était connu depuis de nombreuses années et le syndrome cervical était modéré avec des troubles de la sensibilité qui correspondaient principalement au territoire de C6 ou du nerf médian. Il n'y avait donc pas d'explication neurologique pour le tableau clinique rachidien et les douleurs des membres inférieurs. Tout au plus, il était possible que le recourant présente quelques symptômes que l'on pourrait attribuer à une polyneuropathie diabétique débutante, mais ces troubles étaient également mineurs et n'avaient aucun retentissement fonctionnel qui irait au-delà de l'appréciation réalisée en 2009. Enfin, les atteintes internistiques restaient modérées et n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail, y compris concernant le diabète de découverte récente. Les experts ont ainsi conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation sur les plans ostéoarticulaires et neurologiques, et que les nouveaux diagnostics sur le plan de la médecine interne n'étaient pas incapacitants. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies sur une discopathie avec une discarthrose et une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, des cervicobrachialgies de topographie plutôt C6, un tunnel carpien bilatéral, des dorsalgies non spécifiques, des lombalgies sur une discopathie de L2 à S1, avec une protrusion discale prédominant à l'étage L5-S1, des sciatalgies bilatérales sans signe de neuropathie. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont signalé un diabète de type II non insulino-requérant, une hypertension artérielle limite, une hypercholestérolémie traitée, une obésité de stade I, un probable syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, un probable asthme bronchique, une probable hypertrophie de la prostate, un status après une intervention abdominale, une

possible neuropathie diabétique débutante. Ils ont estimé que le recourant conservait une capacité de travail dans une activité adaptée, avec la même diminution de rendement que celle retenue précédemment. En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, les limitations fonctionnelles du recourant étaient superposables à celles de 2009 (pas de port de charges au-delà de 5 kg, voire 7,5 kg, pas de positions en flexion de la nuque ou en porte-à-faux – restrictions également valables pour l'étage dorsolombaire-, pas de mouvements de torsion répétés, pas de positions statiques debout prolongées, pas de marche de plus de 30 minutes, pas de marche en terrains irréguliers, instables, en hauteur, pas de montées et descentes fréquentes d'échelles ou d'escaliers). 16. Le recourant conteste la validité de cette expertise au motif que l'évaluation rhumatologique a été omise, la Dresse Q_____ ayant uniquement réalisé un examen de médecine interne. ![/endif]>![if> S'il est exact que le rapport de la Dresse Q_____ s'intitule « Expertise de médecine interne » et que la spécialiste a apprécié le cas « d'un point de vue interniste », la chambre de céans constate cependant que le rapport d'expertise a été rendu en consilium par trois médecins possédant des connaissances approfondies en médecine interne, rhumatologie (Dresse Q_____), médecine physique et réadaptation, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dr R_____) et neurologie (Dr S_____). Ces spécialistes avaient pour mission de procéder à « une évaluation centrée sur les troubles de l'appareil locomoteur sur les troubles neurologiques et une expertise en médecine interne » (rapport p. 12) et ont réalisé dans ce cadre des examens objectifs complets afin de comparer l'état de santé actuel du recourant avec la situation qui prévalait au moment de la décision initiale. Il est notamment rappelé que la Dresse Q_____ a estimé que les répercussions sur la capacité de travail secondaires à l'atteinte à la santé étaient surtout consécutives aux troubles ostéoarticulaires et neurologiques. Tel était également le cas en 2009. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que, bien que le rapport d'expertise ne comporte pas un volet spécifique en rhumatologie, le recourant a été soumis à des examens médicaux suffisants permettant d'établir l'existence ou non d'une aggravation de son état de santé depuis le 30 mars 2009, ce d'autant plus que les conclusions du rapport d'expertise ont été approuvées par une spécialiste en rhumatologie. Nul doute en effet que s'il avait été nécessaire d'astreindre le recourant à des examens complémentaires, cette spécialiste l'aurait signalé. 17. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise est basé sur trois examens du recourant et contient des anamnèses familiale, sociale et professionnelle détaillées. Les experts ont procédé à une étude approfondie du dossier, lequel comportait toutes les pièces pertinentes, y compris les clichés radiologiques, et ont dûment pris en considération les plaintes du recourant. Ils ont en particulier expliqué les raisons pour lesquelles ils excluaient l'existence d'élément nouveau cliniquement significatif par rapport à la situation qui prévalait en mars 2009. Leurs conclusions sont dûment motivées et apparaissent des plus convaincantes. ![/endif]>![if> Ce document répond donc aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Reste à examiner si d'autres appréciations sont susceptibles d'écarter les conclusions des experts. 18. a. Le recourant allègue que des rhumatologues ont notamment constaté l'apparition d'un rétrécissement foraminaux, que des neurologues ont diagnostiqué une compression du nerf médian au canal carpien droit, et que son médecin traitant a noté l'apparition d'un diabète difficile à maîtriser. ![/endif]>![if> S'agissant du rétrécissement foraminaux, la chambre de céans rappelle que ce trouble n'est pas apparu après la décision du 30 mars 2009, comme l'atteste le rapport du Dr D_____ du 24 septembre 2007, suite à un scanner ayant révélé des remaniements dégénératifs disco-vertébraux étagés de la colonne cervicale avec des

rétrécissements foraminaux modérés en C5-C6 du côté droit et C6-C7 des deux côtés. De plus, les experts avaient parfaitement connaissance de cet état puisqu'ils ont notamment exposé qu'un syndrome radiculaire C6 droit n'était pas exclu compte tenu de la mise en évidence d'un rétrécissement foraminal. Quant à la compression du nerf médian au canal carpien droit, laquelle a été mise en évidence suite à l'examen neurologique du 23 juillet 2013 de la Dresse N_____, il est rappelé que l'expert en neurologie a estimé, après avoir étudié ce rapport, qu'il existait de « discrètes anomalies compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance droite » et affirmé qu'il n'y avait pas de modification significative du tableau par rapport à 2008. Enfin, la Dresse Q_____ a clairement mentionné que le diabète du recourant n'avait aucune influence sur sa capacité de travail.

b. Aucun indice concret ne permet de douter des conclusions des experts, dûment motivées et émises après examen de tous les rapports médicaux du dossier. La chambre de céans relèvera encore que l'appréciation divergente du Dr M_____ quant à la capacité de travail de son patient n'est pas déterminante, étant rappelé la différence de mandat entre un médecin traitant et un expert, le rôle de ce dernier consistant justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant à son patient. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise et retiendra donc que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé sur les plans ostéoarticulaires et neurologiques, et que les nouveaux diagnostics en médecine interne n'ont aucun effet sur sa capacité de travail. Cette dernière est donc demeurée entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%. En l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, les limitations fonctionnelles du recourant sont superposables à celles de 2009.

19. Enfin, le recourant soutient que son âge constitue un motif de révision et que ses perspectives de retrouver un emploi sont désormais nulles, de sorte que sa perte de gain est totale.

20. a. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108). Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). 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 s'appliquent sans restriction. Il s'agit en particulier d'examiner, même si la capacité de travail est demeurée inchangée dans un emploi adapté, si l'assuré a encore une chance de retrouver un emploi en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, et, le cas échéant, de revoir l'abattement sur le salaire statistique en raison de l'âge de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012). Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un « âge avancé » au moment de la naissance de droit, tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps ne constitue pas une atteinte à la

santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGa (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et est un paramètre inéluctable pour tous les assurés. Il ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre à une rente entière (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_50/2010 du 6 août 2010 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_156/2011 du 6 septembre 2011).

b. La chambre de céans a été amenée à statuer sur le cas d'une assurée qui avait déposé une nouvelle demande, après que l'OAI lui ait refusé l'octroi d'une rente au motif que son degré d'invalidité était insuffisant. Dans cette affaire, il a été jugé que c'était à juste titre que l'OAI avait considéré que, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci était restée entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que c'était également conformément au droit que l'OAI n'avait pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité (ATAS/603/2014 du 13 mai 2014). 21. En l'occurrence, il ne s'agit pas d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite mais d'examiner si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit.

Dans la mesure où la chambre de céans est parvenue à la conclusion qu'un tel changement n'était pas justifié par la situation médicale du recourant, lequel est resté capable d'exercer une activité lucrative adaptée à temps complet avec une diminution de rendement de 30%, et que sa situation assécurologique n'a pas connu d'évolution significative depuis le moment où une rente d'invalidité lui a été refusée, le simple écoulement du temps, qui n'est pas une atteinte à la santé, ne saurait à lui seul légitimer l'octroi d'une rente. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité. 22. Mal fondé, le recours sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.