

GE_GERICHTE A/3394/2016 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3394_2016

FR: GE_GERICHTE A/3394/2016 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3394/2016 del 16 ottobre 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.10.2017 A/3394/2016

A/3394/2016 ATAS/898/2017 du 16.10.2017 (AI) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3394/2016 ATAS/898/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 octobre 2017 10 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Dan FUOCHI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, a suivi l'école obligatoire, avant de faire un apprentissage de menuisier couronné par un certificat fédéral de capacités (CFC) en 1980. Après avoir travaillé dans plusieurs entreprises actives dans le domaine de la menuiserie, il a été engagé à temps plein, soit quarante heures par semaine, par B_____ (ci-après : l'employeur), une entreprise de travail temporaire, du 12 mai 1998 au 30 mars 2000, du 8 mai au 18 août 2000 et du 11 septembre au 2 octobre 2000. Il a perçu un salaire de CHF 29'698.75 en 1998, de CHF 46'723.05 en 1999 et de CHF 35'727.- en 2000. Inscrit au chômage pour la première fois le 21 janvier 1998 avec un gain mensuel assuré de CHF 5'212.-, son dernier délai-cadre a pris fin en mai 2003, avec un gain assuré de CHF 3'941.-. Le 21 février 2003, l'épouse de l'assuré est subitement décédée. Le 25 août 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI). Dans ce contexte, il a indiqué souffrir de dépression et être en incapacité de travail depuis septembre 2002. Son affection psychique existait depuis environ vingt ans. Dans un rapport du 15 septembre 2003, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif réactionnel aigu et chronique, de structure de personnalité limite et d'immaturité affective depuis 2003. Depuis 1980 environ, l'assuré présentait une dépendance aux opiacés, substitution à la méthadone, sans effet sur sa capacité de travail. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 17 janvier 2003, mais entière dans une activité adaptée. L'assuré avait travaillé normalement jusqu'à la fin de l'année 2000. Il avait alors débuté une période de chômage et n'avait pas réussi à retrouver un emploi. Parallèlement s'était installée une démotivation qui avait fortement interféré sur les efforts des services sociaux. L'évolution de son syndrome de dépendance aux opiacés s'était aggravée à nouveau, et simultanément, une dépendance à la cocaïne s'était développée. L'assuré était sous méthadone depuis pratiquement vingt ans, avec des périodes de très bon succès, l'arrêt de la substitution ayant même pu être réalisé. Avant l'épisode actuel, la substitution était nécessaire, mais efficace. Dans ce contexte difficile était survenu le décès de son épouse, ce qui avait entraîné un état dépressif aigu majeur, avec une hospitalisation

en milieu psychiatrique pendant plusieurs semaines. Il n'existait pas de problèmes somatiques importants. L'état de santé était stationnaire, mais l'évolution défavorable, marquée par une aggravation tant sur le plan des dépendances que sur le plan psychosocial. L'initiative de la demande de réorientation professionnelle avait été prise conjointement par les services sociaux et le Dr C_____, afin d'éviter que l'évolution aille vers une demande de rente, qui semblait certaine si rien n'était fait. Remobiliser l'intéressé vers une reprise de l'activité habituelle ne semblait pas possible, en raison des échecs passés. En revanche, une évaluation professionnelle et une réorientation semblaient plus favorables. Le Dr C_____ retenait des limitations fonctionnelles, soit la nécessité d'éviter une activité impliquant des horaires irréguliers ou de nuit.![endif]>![if> 5. Dans un « questionnaire en cas de toxicomanie » du 2 mars 2004, le Dr C_____ a indiqué qu'à l'évidence la toxicomanie était la conséquence de la structure de caractère du patient, ainsi que, pour la rechute actuelle, d'un état dépressif aigu majeur, réactionnel. Il était reconnu que les syndromes de dépendance avaient une base neuro-biologique, fréquemment héréditaire. Son importance avait été fondamentale. Cette toxicomanie n'avait pas causé un dommage physique ou mental important, dans la mesure où des périodes d'abstinence complète avaient pu être constatées. Elle avait nécessité deux hospitalisations en 1982 et 1999 et des traitements de substitution à la méthadone. L'assuré était totalement abstinent à la drogue depuis environ un an. Une réadaptation professionnelle était nécessaire, l'intéressé n'étant pas parvenu, malgré plusieurs tentatives, à reprendre son activité habituelle, pour des raisons mal élucidées.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 15 mars 2004, le docteur D_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé, après un entretien téléphonique avec le Dr C_____, que l'assuré était sous méthadone sans drogue. Il était assez motivé, mais faisait une fixation contre le métier de menuisier et ne se voyait plus exercer cette profession, même si le chômage encourageait ses recherches dans cette branche. Le Dr D_____ a considéré que l'assuré semblait motivé pour travailler, mais pas comme menuisier, en raison d'un potentiel trouble de la personnalité encore indéterminé. Il convenait d'examiner le cas avec le service de réadaptation.![endif]>![if> 7. Le 17 mars 2004, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle, pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.![endif]>![if> 8. Dans un rapport intermédiaire du 24 février 2005, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'état de santé s'était amélioré, sans changements de diagnostic. L'intéressé présentait un état dépressif résiduel pouvant présenter un risque d'absentéisme depuis février 2003. L'assuré avait un meilleur moral et une bonne motivation professionnelle. Il bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique. Le pronostic était bon. L'amélioration était progressive et sensible depuis la fin 2004. L'activité habituelle de menuisier était physiquement trop dure. Une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée était possible.![endif]>![if> 9. Par courrier du 29 juin 2005, le Dr E_____ a relevé que l'assuré ne présentait pas de limitation physique à l'exercice de son activité habituelle, mais décrivait une aversion totale pour ce travail. Cette aversion et ses conséquences prévisibles en terme d'absentéisme et d'aggravation de son état de santé actuel, stable mais néanmoins fragile, en cas de reprise de cette activité, étaient certainement une conséquence de son trouble de la personnalité manifeste. Le Dr E_____ était convaincu du bénéfice majeur d'une reprise d'activité professionnelle adaptée, pour la dignité et donc pour la santé de l'assuré.![endif]>![if> 10. Dans un avis du 8 décembre 2015, le SMR a considéré que la raison empêchant l'assuré de travailler en tant que

menuisier n'était pas médicale. Il a recommandé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique par ses soins.![endif]>![if> 11. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 9 décembre 2005, l'assuré a travaillé à 90% dès le 13 décembre 2004 en tant que stagiaire pour l'Association F_____ (ci-après : l'association), active dans la récupération et la revente d'ordinateurs, afin de se réhabituer à la vie active et de reprendre un rythme régulier. Son revenu mensuel était de CHF 1'000.-. Il avait commencé cette activité avec de bonnes intentions (présence régulière, actif, intéressé,...), mais avait « gentiment lâché prise » pour quitter définitivement l'association en mai 2005.![endif]>![if> 12. Le 14 décembre 2005, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un examen médical ambulatoire auprès du SMR.![endif]>![if> 13. Dans un rapport d'examen du 13 février 2006, le docteur G_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, n'a retenu aucune atteinte principale à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il a retenu les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de toxicodépendance aux opiacés et à la cocaïne sous substitution de méthadone et d'état dépressif réactionnel. La capacité de travail était de 100% dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle.![endif]>![if> Le médecin traitant retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il ne retenait aucune limitation fonctionnelle. Il motivait la réorientation professionnelle par le fait que l'assuré était dégoûté par sa profession en raison d'une non-valorisation et d'un échec dans la recherche d'un emploi. Il ne s'agissait pas d'une raison médicale, de sorte que le dossier n'aurait pas dû être communiqué au service de réadaptation. L'assuré souffrait également d'un état dépressif réactionnel. Après une étude approfondie du dossier, il n'était pas nécessaire de convoquer l'assuré pour un examen. La toxicomanie était primaire. L'intéressé avait obtenu un CFC et travaillé pendant de nombreuses années dans sa profession de manière normale et n'avait pas d'antécédent psychiatrique. En 2000, à sa perte de travail, sa toxicomanie s'était aggravée avec une dépendance à la cocaïne et une dégradation psychosociale avec état dépressif réactionnel. Suite au décès de son épouse, l'état dépressif réactionnel s'était aggravé. Cet état dépressif était la suite du problème de la dépendance, en particulier des dégradations psychosociales, et non pas à son origine. Le décès de son épouse avait évidemment aggravé cet état, mais au vu de l'évolution favorable retenue par les médecins qui attestaient d'une capacité de travail entière dans une activité autre que menuisier, cette atteinte n'était ni d'une gravité assez importante, ni d'une durée suffisante pour avoir une valeur. 14. Par décision du 16 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de reclassement professionnel de l'assuré.![endif]>![if> 15. Par courrier du 10 mars 2006, l'assuré s'est opposé à cette décision. Alors que l'OAI avait admis la nécessité d'un examen médical, il avait finalement rejeté sa demande sans y procéder, ce qui était contradictoire. La mise en œuvre d'un tel examen permettrait de déterminer quel était son état de santé.![endif]>![if> 16. Par décision sur opposition du 25 avril 2006, l'OAI a maintenu sa décision du 16 février 2006 et rejeté l'opposition de l'assuré. Le recourant n'a pas recouru contre cette décision.![endif]>![if> 17. Le 21 octobre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans ce contexte, il a invoqué une dépression liée au décès de son épouse et une toxicomanie depuis février 2003.![endif]>![if> 18. Dans un projet de décision du 8 décembre 2011, puis par décision du 2 février 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification de son état de santé. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.![endif]>![if> 19. Le 12 février 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. Ses atteintes à la santé étaient causées

par une dépression et une toxicomanie suivie avec substitution, ainsi que par une lésion à la colonne vertébrale avec renfort métallique causée par un accident en mai 2013. 20. Le 7 avril 2015, l'assuré a produit une lettre de sortie du 24 mai 2013 établie par le service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il avait été hospitalisé du 6 au 18 mai 2013 aux soins intensifs, puis du 18 mai au 22 mai 2013 dans une unité hospitalière, à la suite d'un accident sur la voie publique. Le diagnostic principal était une fracture type A 3.2 selon Mageri avec léger recul du mur postérieur, ASIA E. Les diagnostics secondaires de fracture de l'apophyse épineuse de D7, traitée conservativement, de fracture de la tête de la huitième côte gauche de l'arc postérieur de la cinquième route droite, traitée conservativement, et de bronchopneumonie sur ventilateur enterobacter à Cloacale ont également été posés. Une comorbidité active de toxicomanie substituée par méthadone était retenue. L'intéressé avait été victime d'un accident de deux roues à basse vitesse. A l'arrivée des secours, il était agité mais ne présentait pas de déficit neurologique identifié. Les fractures précitées avaient été décelées grâce à un bilan radiologique. 21. Dans un avis du 14 avril 2015, la doctoresse H_____, médecin auprès du SMR, a considéré que l'assuré avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé, en raison de son accident de mai 2013. Il convenait d'instruire le dossier. 22. Le 21 avril 2015, le docteur I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie des HUG, a produit plusieurs documents médicaux, soit, notamment : - un rapport de consultation spécialisé du rachis du 18 septembre 2013, établi le 9 octobre 2013. L'assuré n'avait actuellement aucune douleur et poursuivait son traitement de méthadone. Il n'avait aucune plainte neurologique. L'examen neurologique était strictement dans la norme. La cicatrice était calme, sans signe inflammatoire. Les radiographies dorsales du 8 septembre 2013 ne montraient pas de descellement du matériel. L'évolution était ainsi tout à fait favorable d'un point de vue clinique. Les radiographies montraient une petite péjoration de l'angle de Cobb, sans que cela ne soit inquiétant ; - un rapport de consultation du 6 octobre 2014. A un an et trois mois de l'opération dorsale après l'accident de moto en 2013. Il notait une très bonne suite post-opératoire. L'état actuel de l'assuré était superposable à celui du mois de septembre 2013, avec quelques douleurs dorsales pouvant être soulagées par des anti-inflammatoires et des myorelaxants. Les radiographies dorsales étaient superposables à celles effectuées en septembre 2013. À l'examen, il notait juste une douleur à la palpation autour des vis crânielles D6 et D7, surtout à droite. Il conseillait de débiter des séances de physiothérapie sous forme de massages et de relaxation musculaire au niveau dorsal. Il ne prévoyait pas d'autre contrôle à distance. 23. Dans un rapport du 12 mai 2015, le Dr E_____ a retenu les diagnostic avec effet sur la capacité de travail de toxicomanie substituée depuis 1985, de dépression chronique depuis 2003, et d'accident de moto avec fractures vertébrales dorsales en mai 2013. Il a fixé le début de la longue maladie à 2003 avec une incapacité de travail de 100% dans l'activité de menuisier. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50%. L'aptitude à la réadaptation était possible dès le 1^{er} juin 2015. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles soit une fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'attention, et des dorsalgies. Il devait éviter les activités exercées uniquement en position debout ou assise, de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et porter des poids supérieurs à cinq kilogrammes, de monter sur un échafaudage ou une échelle. Sa capacité de concentration, sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées. A l'appui de son rapport, il a notamment produit un résumé de séjour du 5 mai 2013, concernant l'hospitalisation volontaire de l'assuré au sein

du département de psychiatrie des HUG, du 16 au 29 avril 2003. Il s'agissait de la sixième hospitalisation en entrée volontaire, demandée par le Dr C_____, pour état dépressif grave avec idées de mort. Les diagnostics retenus étaient un épisode dépressif moyen, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie). Le deuil récent de son épouse et le chômage étaient mentionnés en tant que facteurs psychosociaux. 24. Dans un avis du 6 janvier 2016, les docteurs J_____ et K_____ du SMR ont rappelé le contexte de la dernière demande de prestations déposées par l'assuré. Le rapport du 12 mai 2015 du Dr E_____ attestait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 2003, mais ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il évoquait un état dépressif chronique depuis 2003. Les limitations fonctionnelles rapportées étaient une fatigabilité, des troubles de l'attention et la concentration et des dorsalgies. L'assuré avait présenté un état dépressif réactionnel suite au décès de son épouse. Sur le plan psychiatrique, l'intéressé n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement antidépresseur. Aucune atteinte psychiatrique n'était rapportée durant son hospitalisation en 2013. Dans ce contexte, les Drs J_____ et K_____ ont retenu une aggravation de l'état de santé sur le plan orthopédique et neurochirurgical, mais pas sur le plan psychiatrique. Afin de déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles depuis mai 2013, date de l'aggravation, ils proposaient de mettre en œuvre un examen par le SMR ou une expertise rhumatologique. 25. Le 27 janvier 2016, le SMR a convoqué l'assuré pour un examen clinique par le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, le 9 mars 2016. 26. Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 16 mars 2016, le Dr L_____ a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorsalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une fracture-tassement de D8 traitée par vertébroplastie et spondylodèse de D6 à D10, de légers troubles statiques, d'une discopathie dorsale étagée. Il a également retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de status après fracture consolidée de l'auriculaire gauche. Après avoir rappelé le contexte dans lequel il intervenait, il a résumé le dossier de l'assuré, y compris le dossier radiologique, exposé son anamnèse et le contexte psychosocial et fait état de ses constatations objectives. Il a ensuite procédé à une discussion du cas. Le recourant consommait de la cocaïne deux à trois fois par mois. L'examen neurologique était normal. L'intéressé présentait une limitation de la mobilité de la colonne dorsolombaire dans tous les axes, mais principalement pour l'extension. La profession de menuisier était une activité très sollicitante pour la colonne vertébrale, en raison de nombreux ports de charges et des nombreuses postures en porte-à-faux. Ces contraintes mécaniques étaient excessives pour une colonne dorsale présentant une fixation par du matériel d'ostéosynthèse de D6 à D10, de légers troubles statiques et de légers signes dégénératifs. Malgré les douleurs dorsales séquellaires, il se déplaçait sans difficulté. La position assise était bien tolérée. La gestuelle spontanée était libre. La force était conservée aux quatre membres. L'assuré déclarait passer de longs moments durant la journée assis à regarder la télévision ou à lire des romans. Il gardait une vie sociale. Ces éléments montraient que l'assuré disposait des ressources physiques suffisantes pour exercer une activité professionnelle légère sur le plan physique. Le traitement par substitution de méthadone avait également un effet antalgique. Il avait donc un double effet thérapeutique :

le traitement de la toxicomanie et des douleurs dorsales. Le rapport du 9 octobre 2013 du Dr I_____ concernait une consultation du rachis effectuée le 18 septembre 2013, soit quatre mois après l'opération de la colonne dorsale. Une évolution favorable était signalée sur le plan clinique, sans plainte douloureuse. L'assuré ne se voyait pas apprendre une nouvelle profession compte tenu de son âge. Il n'avait plus travaillé depuis plusieurs années et était dépendant des services sociaux. Son objectif était d'obtenir une rente. Ces différents éléments rendaient peu probable la reprise d'une activité professionnelle, mais n'étaient pas à prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles et ne devait pas être soumis à des ports de charges supérieures à dix kilogrammes, à des postures en porte-à-faux, à des mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotations et au maintien de la position debout statique au-delà de trente minutes. L'incapacité de travail était totale dans toute activité dès son accident du 6 mai 2013. Depuis lors, l'incapacité de travail était restée totale dans l'activité habituelle de menuisier. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale à partir de la fin de la période de convalescence ayant suivi l'opération de la colonne vertébrale, soit le 18 septembre 2013, jour de la consultation lors de laquelle le Dr I_____ avait signalé une évolution favorable. 27. Dans un avis du 25 avril 2016, le docteur M_____, médecin auprès du SMR a repris intégralement les conclusions du Dr L_____.! [endif]>! [if> 28. Dans un projet de décision du 4 mai 2016, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré.! [endif]>! [if> Depuis l'accident du 6 mai 2013, soit le début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. Selon l'appréciation du SMR, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de menuisier, mais de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, depuis septembre 2013. Pour évaluer la perte économique découlant de l'atteinte à la santé, dans la mesure où il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité, au vu de l'absence d'activité professionnelle et de revenus depuis de nombreuses années, il convenait de se baser sur le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), tableau TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 1 (activités simples et répétitives, sans qualification requise) pour un homme exerçant une activité à 100%. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, dans la mesure où l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée, il convenait de se baser sur les mêmes données que pour le revenu sans invalidité. Par conséquent, le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail. En ce qui concerne l'abattement, un taux de 10% était retenu en raison des limitations fonctionnelles et de l'activité légère seule possible, tous les autres critères étant écartés. Après déduction de l'abattement sur le revenu avec invalidité, le degré d'invalidité était de 10%. En raison de la capacité de travail dans toute activité adaptée, les conditions d'octroi des mesures professionnelles n'étaient pas réalisées. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, il n'ouvrait pas droit à une rente. 29. Par courrier du 2 juin 2016, l'assuré a contesté ce projet. L'OAI n'avait tenu compte que de l'aspect somatique, sans se préoccuper du caractère psychologique post accidentel et de son passé, dès 1985.! [endif]>! [if> A l'appui de ses observations, il a produit une attestation médicale du Dr E_____ du même jour. Selon ce dernier, les douleurs dorsales insomniantes consécutives à l'accident de la voie publique en 2013, aggravaient son état anxio-dépressif chronique et lui interdisaient toute activité professionnelle. Son assistante sociale lui avait suggéré de demander une rente d'invalidité, démarche qu'il soutenait. Le projet de décision ne faisait aucune allusion à l'état psychique, probablement en raison d'un refus antérieur. L'état de santé de l'assuré et

sa capacité de travail avaient été modifiés par son accident. Ses douleurs chroniques avaient évidemment altéré son état psychique et la seule prise en considération de l'examen de son appareil locomoteur ne pouvait suffire à évaluer sa capacité de travail. 30. Dans un avis du 26 août 2016, le Dr M_____ du SMR a relevé que le courrier du 2 juin 2016 du Dr E_____ n'apportait aucun élément nouveau. Ce dernier abordait la question de l'état psychologique de l'assuré. Or, dans l'avis du SMR du 6 janvier 2016, il avait été relevé que l'assuré n'avait pas de suivi psychiatrique, ni de traitement antidépresseur. De plus, il était rappelé qu'aucune atteinte psychiatrique n'avait été rapportée durant l'hospitalisation en 2013. 31. Par décision du 30 août 2016, reçue par le conseil de l'assuré le 5 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, pour les mêmes motifs que dans son projet de décision du 4 mai 2016. Pour le surplus, l'OAI a précisé, en réponse aux griefs de l'assuré, que les éléments transmis avaient fait l'objet d'une étude approfondie par le SMR, lequel avait conclu que lesdits éléments ne modifiaient pas son évaluation sur l'exigibilité de travail. 32. Par acte du 5 octobre 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision. Il a conclu préalablement à son audition, à celle du Dr E_____, à l'apport de son dossier médical complet auprès des HUG et du Dr E_____ et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et neurologique soit ordonnée. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 6 mai 2014, sous suite de dépens. Enfin, subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles et de reclassement. Son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité adaptée, et ce, depuis l'accident du 6 mai 2013. L'instruction médicale de son dossier était incomplète, l'intimé n'ayant pas pris en compte ses atteintes psychiatriques, lesquelles étaient présentes et récurrentes depuis le décès de son épouse en 2003. Dans la mesure où les atteintes psychiatriques n'avaient pas été prises en compte, il n'était en l'état pas possible de déterminer sa capacité de travail raisonnablement exigible. Son état anxio-dépressif chronique, attestée par le Dr E_____ le 2 juin 2016, l'empêchait d'exercer toute activité professionnelle. Aucune expertise neutre n'avait été ordonnée par l'intimé, qui s'était contenté de s'en rapporter à l'avis du SMR, lequel n'était pas un expert conformément à la jurisprudence. De plus, la détermination de son degré d'invalidité était erronée, dans la mesure où il ne pouvait pas exercer une activité adaptée sans diminution de rendement. Or, l'intimé ne retenait qu'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de l'activité légère seule possible. Au vu des limitations fonctionnelles, le SMR ne donnait pas d'avis quant à la baisse de rendement concernant sa capacité de travail. Cela était difficilement compréhensible dans la mesure où son état de santé l'empêchait notamment de rester plusieurs heures dans la même position. En tout état de cause, l'ensemble des pièces figurant au dossier confirmaient que l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples était pour l'heure incompatible avec son état de santé, en particulier compte tenu de ces atteintes neurologiques et psychiatriques. En outre, dans le monde du travail, s'ajouteraient à cela le stress et la charge de travail, lesquels ne feraient que péjorer sa situation déjà fragile. Ainsi, l'intimé errait en ne retenant pas de baisse de rendement, dans la mesure où il n'avait pas travaillé depuis dix-sept ans, ce qui rendait difficile un retour sur le marché du travail. 33. Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelait que dans sa décision du 25 avril 2006, il avait refusé au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au motif que sa capacité de travail était totale dans toute activité, les troubles psychiatriques étant considérés comme « la suite du problème de

la dépendance (dégradation psychosociale) et non pas son origine ». La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique supposait d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un spécialiste (psychiatre) s'appuyant sur des critères relevant d'un système de classification reconnue. En l'occurrence, le recourant n'était pas suivi par un psychiatre et son médecin ne disposait pas des qualifications requises par la jurisprudence pour que ses rapports soient suffisants pour justifier une atteinte à la santé psychique. En tout état de cause, il subsistait une dépendance aux opiacés, le recourant consommant de la cocaïne deux à trois fois par mois. Sur le plan psychiatrique un motif de révision ne ressortait pas clairement du dossier. S'agissant de l'atteinte physique, celle-ci avait été suffisamment instruite par ses soins. Le rapport d'examen pratiqué par le Dr L_____ répondait aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Le simple fait que le médecin traitant du recourant ne partage pas l'analyse du Dr L_____ n'était pas suffisant pour justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Enfin, le conseil du recourant semblait confondre les notions de « diminution de rendement » qui se rapporte spécifiquement à l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail, et d'« abattement sur le salaire statistique », pris en compte dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité. En retenant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'activité légère seule possible, il n'a pas commis d'excès de son pouvoir d'appréciation, les autres critères reconnus par la jurisprudence, dont la longue absence du marché du travail ne faisait pas partie, n'étant pas réalisés. 34. Dans sa réplique du 20 décembre 2016, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de ses écritures précédentes, en particulier s'agissant de son audition et de celle du Dr E_____. 35. Le 6 mars 2017, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. A cette occasion, le recourant a déclaré être toujours en traitement pour une dépression assez lourde. Il était sous traitement médicamenteux, lourd également, pour supporter ses douleurs dorsales, en particulier. Il était suivi par le Dr E_____, mais pas par un psychiatre. A l'époque, il avait été hospitalisé aux HUG à plusieurs reprises en raison de ses troubles psychiques, mais n'avait jamais été suivi par un psychiatre à l'extérieur. A partir de 2000, il avait vécu des périodes de chômage, en alternance avec sa femme, laquelle était subitement décédée en 2003. Cela avait été un « coup de massue » dont il n'avait guère pu se relever depuis lors. En effet, il ne ressentait plus l'énergie nécessaire pour reprendre un travail. La conjugaison de ses atteintes physiques et psychiques l'avaient empêché de retrouver une situation professionnelle stable. Suivi par l'Hospice général, il avait eu à plusieurs reprises l'occasion de tenter de reprendre une activité professionnelle. Il avait participé à plusieurs projets, mais n'avait jamais pu résister sur la longueur, par exemple en raison de ses difficultés à se lever le matin ou à la somnolence provoquée par ses médicaments et qu'on lui reprochait au travail. S'agissant de la profession de menuisier, il aimait toujours profondément cette activité, mais ne comprenait ni n'acceptait la façon de l'exercer aujourd'hui. Par exemple, il ne pouvait pas se résoudre à fabriquer des meubles de faible qualité. En ce qui concerne d'éventuelles mesures de réadaptation ou d'accompagnement à la recherche d'emploi, il avait perdu l'énergie nécessaire pour échafauder des projets d'avenir, ce qui était rendu encore plus difficile par le fait qu'il se trouvait dans une situation provisoire. En effet, il ne savait pas si on allait accepter ou refuser les prestations qu'il demandait, de sorte qu'il ne disposait pas de la base nécessaire pour construire quelque chose. Il avait été choqué par le contenu du projet de décision qui lui avait été adressé. Il avait eu le sentiment que l'on méprisait son métier, en considérant qu'il était capable d'exercer n'importe quelle activité n'exigeant aucune qualification. Les

suites de son accident de 2013 ne faisaient que s'ajouter à ses troubles préexistants. Ses atteintes physiques avaient augmenté le mal-être qu'il ressentait depuis des dizaines d'années. A l'issue de son audition, le recourant a persisté dans ses conclusions, en particulier s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise à tout le moins bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique. A l'appui de ses déclarations, le recourant a produit une attestation médicale datée du 6 mars 2017 et établie par le Dr E_____. Ce dernier attestait le suivre depuis octobre 2004, actuellement à raison d'une consultation toutes les trois semaines. Son traitement actuel (MST, Irfen, Méthadone et Lexotani) permettait de traiter au mieux ses douleurs ayant suivi son accident de mai 2013, qui avait aggravé son état dépressif chronique, dont il souffrait depuis 2003. 36. A la suite de 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 - 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, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 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 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).!

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

5. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, en particulier sur les questions de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et d'une éventuelle diminution de rendement dans une telle activité.!

6. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès

le 1^{er} janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).!

[endif]>!

[if> La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. 7. 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).!

[endif]>!

[if> 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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). !

[endif]>!

[if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF

127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>![endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. a. 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).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. a. En l'espèce, le recourant considère que son état physique et psychique ne lui permet pas de travailler, et ce depuis son accident du 6 mai 2013. Il reproche à l'intimé une instruction médicale incomplète, en particulier sur le plan psychiatrique, l'absence de prise en compte d'une diminution de rendement dans une activité adaptée et l'absence au dossier d'une expertise neutre. Il s'appuie principalement sur les rapports du Dr E_____. Quant à l'intimé, se fondant sur le rapport du 16 mars 2016 du Dr L_____ du SMR, il estime que si le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle

de menuisier depuis le 6 mai 2013, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est de 100%, depuis le 18 septembre 2013. Sur le plan psychiatrique, il considère qu'aucun motif de révision de ses décisions antérieures ne ressort du dossier et que les rapports du Dr E_____ sont dénués de valeur probante. b. A titre liminaire, il convient de constater que le dossier contient tous les éléments nécessaires à la résolution du litige, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise ou l'apport supplémentaire de pièces au dossier, tels que le requiert le recourant, n'apparaissent pas nécessaires. c. En l'occurrence, il ressort du dossier qu'avant de déposer une demande de prestations le 12 février 2015, le recourant avait déjà saisi l'intimé de deux demandes de prestations, l'une le 25 août 2003, l'autre le 21 octobre 2011, dans un contexte de dépressions et de toxicomanie. Le 25 avril 2006, l'intimé a rejeté la première demande de prestations, au motif que le recourant ne présentait aucune atteinte psychique invalidante, ni aucune limitation fonctionnelle, et qu'il était capable d'exercer sa profession habituelle de menuisier à plein temps. Il s'était fondé principalement sur le rapport du 13 février 2006 du Dr G_____ du SMR, lequel avait considéré que l'état dépressif réactionnel et la toxicodépendance du recourant étaient sans effet sur sa capacité de travail et que le Dr E_____ motivait la demande de reconversion professionnelle par un dégoût de la profession de menuisier, ce qui n'était pas un élément médical. L'état dépressif était réactionnel à la toxicodépendance et son évolution positive, selon les médecins traitants (capacité de travail de 100% dans une activité adaptée), de sorte que sa gravité était insuffisante pour pouvoir se voir reconnaître un caractère invalidant. Le 2 février 2012, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 21 octobre 2011, considérant que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable une modification de son état de santé, étant précisé que le recourant n'avait produit aucun document médical. Le recourant n'ayant pas recouru contre ces deux décisions, elles sont entrées en force. Le 12 février 2015, le recourant a déposé une troisième demande de prestations, invoquant, en sus des troubles psychiques précités, une lésion à la colonne vertébrale liée à un accident survenu le 6 mai 2013. L'intimé est cette fois entré en matière, les conséquences de l'accident du 6 mai 2013 rendant plausible une aggravation de l'état de santé. Cela étant rappelé, force est de constater qu'à la lecture du dossier, si une aggravation de l'état de santé du recourant est manifeste sur le plan somatique, tel n'est pas le cas sur le plan psychique. En effet, le Dr E_____, dans son rapport du 12 mai 2015, retient les mêmes diagnostics psychiques que ceux ayant conduit l'intimé à rejeter les demandes de prestations de 2003 et 2011. S'il retient des limitations fonctionnelles sur le plan psychique, il ne motive pas ses conclusions et ne rapporte aucun élément objectif nouveau permettant de rendre vraisemblable que l'état psychiatrique du recourant s'est aggravé. Dans ses rapports subséquents et tous postérieurs au projet de décision de l'intimé du 4 mai 2016, ce dont il convient de tenir compte, le Dr E_____ a expliqué que l'accident du 6 mai 2013, et les douleurs dorsales qu'il avait engendrées, avait aggravé l'état de santé du recourant sur le plan psychique. Une fois encore, il ne motive pas cette appréciation et n'apporte aucun élément objectif permettant de considérer cette aggravation comme vraisemblable. De plus, ses conclusions relatives à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée varient fortement d'un rapport à l'autre (de 0 à 50%) et apparaissent suffisamment contradictoires pour que leur valeur probante puisse être remise en question. En tout état de cause, dans l'avis du 6 janvier 2016, les Drs J_____ et K_____ du SMR ont relevé que le recourant n'avait aucun suivi psychiatrique, - ce que le recourant a confirmé lors de l'audience de comparution personnelle des parties -, ni de traitement antidépresseur, et que,

lors de son hospitalisation en 2013, aucune atteinte psychiatrique n'avait été relevée. Ces éléments sont de nature à confirmer que l'état psychique du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure suffisante pour être considéré comme incapacitant. En outre, comme les Drs C _____, G _____ et L _____ l'ont relevé, le recourant évolue depuis de nombreuses années dans un contexte psychosocial difficile qui l'entrave dans la reprise d'une activité lucrative. Or, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une telle entrave ne constitue pas une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. Dès lors, les griefs du recourant quant à une instruction défailante de l'intimé sur le plan psychiatrique doivent être écartés. d. Sur le plan somatique, la décision entreprise découle principalement du rapport du Dr L _____. Ce document repose sur un examen clinique du recourant du 9 mars 2016 et l'analyse approfondie de son dossier. Le Dr L _____ a rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse du recourant, relayé les plaintes de ce dernier et fait état de ses constatations objectives. Les diagnostics retenus sont clairs et leurs conséquences ou non sur la capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante. Le Dr L _____ a tenu compte des plaintes du recourant, ainsi que des rapports de ses médecins traitants, lesquels ont été brièvement résumés et intégrés à son rapport. Dès lors, force est de constater que ce document répond à tous les réquisits jurisprudentiel et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes le recourant objecte-t-il que le Dr L _____ appartient au SMR et qu'il ne fait par conséquent pas preuve de l'indépendance nécessaire pour que son rapport puisse suffire à trancher le cas. Contrairement à ce que soutient le recourant, le simple fait que le Dr L _____ soit lié à l'intimé, dans la mesure où il travaille au sein du SMR, ne suffit pas pour dénier au rapport du 16 mars 2016 sa valeur probante. En l'occurrence, ledit rapport a été établi dans les règles de l'art et sans qu'aucun élément ne permette de douter de l'impartialité du Dr L _____. Quant au fait que le recourant conteste présenter une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ou qu'il soutient être affecté par une diminution de rendement, il se contente en réalité de substituer sa propre appréciation à celle du Dr L _____, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter des conclusions de ce médecin. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Le Dr L _____ a considéré le recourant comme apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à temps plein. Les limitations fonctionnelles retenues sont cohérentes avec les atteintes somatiques à la colonne vertébrale et le descriptif de ses journées par le recourant. Par ailleurs, l'exigence du respect de ces limitations permet précisément au recourant de ne pas éprouver de douleurs et donc de pouvoir mettre à profit une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement. Une telle diminution aurait été relevée par le Dr L _____, si elle avait concerné le recourant, malgré la prise en considération des limitations fonctionnelles. S'agissant du rapport du 12 mai 2015 du Dr E _____, il a été pris en compte par le Dr L _____. En tout état de cause, le rapport du Dr E _____ n'est pas suffisamment motivé pour permettre de remettre en question la valeur probante de celui du Dr L _____ ou ses conclusions. e. Par conséquent, compte tenu de l'absence de modification de l'état de santé psychique du recourant et des conclusions du Dr L _____, l'intimé était légitimé à

retenir que l'intéressé présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 18 septembre 2013. 12. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de faire, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). d. 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). f. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tablelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique

(arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). g. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Selon les circonstances, le maintien ou le déplacement d'un domicile, respectivement le lieu de travail, peut apparaître comme étant une mesure exigible de l'assuré. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 138 I 205 consid. 3.3; ATF 113 V 22 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_661/2016 du 19 avril 2017 consid. 2.3 et les références). 13. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.!

b. Une perte de gain de 20% ouvre en

principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). 14. En l'espèce, l'intimé a considéré que le degré d'invalidité du recourant était de 10%, soit le taux d'abattement retenu et appliqué au revenu avec invalidité. Le recourant ne conteste, à raison, pas formellement la base statistique retenue pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, ni le calcul de son degré d'invalidité. Ses griefs, écartés précédemment (cf. supra consid. 11), portaient en réalité exclusivement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et sur une diminution de rendement. En l'occurrence, il apparaît que le choix de l'intimé de se fonder sur les ESS pour fixer le revenu sans invalidité est fondé, compte tenu du fait qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le recourant était sans activité professionnelle depuis seize ans, ce qui rendait la prise en considération de son dernier salaire peu pertinente. S'agissant du taux d'abattement de 10%, ce qui prend en compte les limitations fonctionnelles et la seule activité légère possible, rien ne permet de considérer que l'intimé a excédé son pouvoir d'appréciation, ce que le recourant ne soutient d'ailleurs pas. Le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité doivent être calculés sur la base du même revenu statistique, soit le tableau TA1 de l'ESS, tous secteurs confondus, activité de niveau 1 (activités simples et répétitives, sans qualification requise) pour un homme exerçant une activité à 100%. Ainsi, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, in casu de l'abattement de 10% appliqué au revenu avec invalidité. Force est donc de constater que le degré d'invalidité du recourant est insuffisant pour lui permettre de prétendre à des mesures de réadaptation ou à une rente d'invalidité. S'agissant des mesures de réadaptation ou de toute autre mesure professionnelle, il convient d'ajouter qu'en tout état de cause, le contexte psychosocial difficile du recourant, de même que ses déclarations en cours de procédure (aversion pour la profession de menuisier, pas assez d'énergie pour échafauder des projets d'avenir, etc.) rendraient vaine la mise en œuvre de telles mesures, selon le principe de la vraisemblance prépondérante. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que l'intimé était légitimé à retenir un degré d'invalidité de 10%, à refuser au recourant toute prestation et à attendre de ce dernier qu'il diminue son dommage en exerçant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de septembre 2013, étant rappelé que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, de sorte qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 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 À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.