

GE_GERICHTE A/3657/2013 vom 23. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3657_2013

FR: GE_GERICHTE A/3657/2013 du 23 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/3657/2013 del 23 dicembre 2014

Erwägungen

E. 8

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations d'assurance invalidité, le Dr C_____ a établi un rapport médical le 23 juillet 2008. Il y a indiqué que les causes d'incapacité de travail étaient des discopathies protrusives, existant depuis 2006, provoquant des douleurs dorso-lombaires et à la marche. Le pronostic devait être établi par expertise médicale. Le traitement est irrégulier et la médication prise en l'état était Irfen 600mg, 3 x/j, avec recommandation de physiothérapie, repos et changement de travail. L'incapacité de travail médicalement attestée était de 100 %, entre 2006 et 2008. L'activité exercée précédemment n'était plus exigible, le degré d'incapacité devant être déterminé par expertise médicale. Le rendement devait être considéré comme réduit, notamment en raison des douleurs à la marche. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles, elles devaient être déterminées par expertise, de même qu'une potentielle reprise de l'activité professionnelle, respectivement d'une amélioration de la capacité de travail. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, relevées par le Dr. C_____, elles étaient de toutes natures, à préciser également par expertise médicale.

E. 9

En date du 11 août 2008, la Dresse D_____ a adressé son rapport médical à l'OAI. Elle a indiqué comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des lombalgies subaiguës fluctuantes, existant depuis 2006, ainsi qu'un canal lombaire étroit. Le traitement entrepris chez elle dès le 22 mai 2008 était toujours en cours, la date du dernier contrôle remontant au 24 juillet 2008. La Dresse a constaté en anamnèse des lombalgies fluctuantes depuis un premier épisode de lombalgie aiguë en septembre 2006. Depuis, il y avait un traitement symptomatique à chaque épisode. Depuis juin 2008, une tentative de perte de poids avait été entreprise avec prise en charge active par des exercices. Les symptômes étaient des douleurs principalement à l'effort, au port de charges, et en station debout prolongée. Les constats objectifs et les indications subjectives du patient conduisaient à une importante limitation de la mobilité lombaire dans les plans, en amélioration avec le traitement actuel. Le pronostic était indiqué comme relativement bon avec bonne prise en charge thérapeutique et une activité professionnelle plus légère. Le traitement actuel était AINS : médication par prise de Voltarène 2 x 75 mg/j et physiothérapie. Les recommandations pour l'avenir étaient la poursuite de la prise en charge active et la perte de poids. En tant qu'ouvrier dans une usine de fabrication de batteries de voitures, l'incapacité de travail médicalement attestée était de 100 %, peut-être à compter de la fin 2007. Le patient ne pouvait pas porter de charges lourdes de manière répétée comme dans son ancienne activité professionnelle, ni effectuer de travaux lourds. D'un point de vue médical, l'activité exercée jusqu'à lors n'était plus exigible. Aucune reprise de l'activité professionnelle respectivement d'amélioration de la capacité de travail

n'était envisageable dans l'ancienne activité professionnelle. Il y aurait par contre possibilité de reprise d'activité professionnelle dans toute activité plus légère respectant les limitations précitées et dans ce cas, à 100 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse D_____ indique que le patient ne peut pas porter de charges lourdes, de manière répétée, ni monter sur une échelle/échafaudage. Il pourrait exercer une activité en position assise et en position debout, avec alternance entre les deux positions. Il pourrait également se pencher occasionnellement, comme travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, ou travailler à genoux. Il pourrait soulever/porter certaines choses, de manière occasionnelle également. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance, étaient indiquées comme non limitées. Ces indications étaient valables dès que possible, sans qu'il y ait besoin d'utiliser des moyens auxiliaires.

E. 10

Une IRM lombaire a été réalisée le 12 septembre 2006, sur demande du Dr C_____. Dans ce contexte, une analyse du rachis de la neuvième vertèbre dorsale aux vertèbres sacrées a été effectuée. Du point de vue osseux, il a été constaté l'existence d'un canal lombaire étroit étagé, à savoir une sagittalisation des articulaires postérieures avec brièveté étagée des pédicules. On a constaté la présence de discopathies modérées L1-L2-L3-L4-L5 et L5-S1, visibles sous forme d'une dessiccation discale et diminution de l'espace inter-somatique. L'examen montrait une absence d'arthrose inter-apophysaire postérieure significative, de même qu'une absence d'anomalie de signal en territoire médulaire osseux des segments vertébraux examinés. S'agissant de l'intra-canalair, une bonne définition avait pu être constatée, sans anomalie de signal du cône médulaire et des espaces péri-médulaires. Il y avait une présence d'un débord modéré, circonférentiel, relativement harmonieux, de matériel discal au niveau L1-L2, L3-L4 et L4-L5. En conclusion, les données IRM lombaires postulaient en faveur d'un canal lombaire étroit étagé et de discopathies protusives modérées L1-L2, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec absence d'argument pouvant corroborer une hernie discale à l'étagé lombaire.

E. 11

A teneur des rapports médicaux précités, le service médical régional AI de Suisse romande (ci-après : SMR) a indiqué, s'agissant de la proposition du Dr C_____ d'effectuer une expertise médicale, le 18 septembre 2008 : « demander un rapport médical au Dr D_____, puis SMRP (réadaptation professionnelle) ». S'agissant du rapport médical établi par la Dresse D_____, reçu le 14 août 2008, en date du 25 septembre 2007 [recte : 25 septembre 2008] : « Cet assuré de 28 ans, sans formation professionnelle a travaillé comme manutentionnaire. Il présente des lombalgies sur canal lombaire étroit et discopathies étagées. Dans toute activité légère, respectant les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse D_____, la capacité est entière ». Suit une flèche indiquant : « Réa (IP) ».

E. 12

Par la suite, l'OAI a procédé au calcul du revenu en tenant compte de l'invalidité, en vue de l'évaluation d'octroi de mesures d'orientation professionnelle, aboutissant à un taux d'invalidité nul.

E. 13

En conséquence, en date du 15 décembre 2008, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de mesures professionnelles et de rente invalidité. Il a indiqué que

d'après les éléments médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier et suite à l'étude de ses pièces par le service médical régional AI, il ressortait que l'atteinte à la santé entraînait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de manutentionnaire depuis novembre 2007. Cependant, dans une activité adaptée (activité légère, sans port de charges lourdes de manière répétée), sa capacité de travail était entière dès novembre 2007. Suite à la comparaison des revenus, son invalidité était nulle, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à des prestations de l'assurance invalidité.

E. 14

En date du 2 février 2009, A_____ a formé recours contre la décision du 15 décembre 2008.!

E. 15

En date du 13 mars 2009, A_____ s'est référé au fait qu'un rapport avait été rendu par le Dr F_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, le 29 octobre 2008, lequel avait constaté qu'il ne pourrait plus travailler, de manière définitive, à 50 %. !
Dès lors, sur la base de ce préavis médical, l'office cantonal de l'emploi avait nié tous droits à l'assuré de percevoir des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail, à compter du 28 octobre 2008, à 50 %. Le rapport établi le 29 octobre 2008 par le docteur F_____, également produit par l'assuré, mentionnait une incapacité de travail de 50 % dès le 16 juin 2008, l'incapacité étant définitive. Aucune cure ou convalescence n'était justifiée. L'incapacité de travail n'était pas en relation avec des exercices de l'activité professionnelle. L'assuré ne pouvait plus exercer sa profession, un travail sélectif devant être envisagé. La nature des restrictions indiquées était l'impossibilité de solliciter la colonne lombaire. A titre de remarque complémentaire, le Dr F_____ avait indiqué que l'incapacité de travail à 50 % allait perdurer jusqu'à la décision de l'AI. Selon une évaluation effectuée dans un atelier professionnel (L_____), l'intéressé ne pouvait pas tenir dans une activité manuelle à 100 %, même dans des conditions adaptées à ses problèmes de santé. L'assuré a encore produit le rapport d'évaluation établi le 24 juin 2008 par L_____ entreprise sociale privée, auprès de laquelle il a effectué un stage du 5 mai au 16 juin 2008. Dans ce cadre, il avait été demandé à l'assuré de procéder au sertissage de fils, câblage de prises, contrôle de plaques en métal avec multimètre et montage de radiateurs, à un taux d'activité de 100 %. L'objectif du stage était d'évaluer ses compétences et aptitudes professionnelles, ainsi que personnelles. Les conclusions de ce rapport indiquent que l'assuré possède de très bonnes compétences professionnelles, tant au niveau de son attitude que de ses aptitudes. Cependant, ses limitations physiques sont importantes et restreignent les activités envisageables. Il pourrait travailler dans le domaine de l'industrie légère sur des pièces de taille moyenne, s'il pouvait bouger régulièrement, tout en travaillant principalement assis, sans devoir faire de trop grands mouvements. Les examinateurs se questionnaient néanmoins sur sa capacité à travailler à un taux d'activité de 100 % dans la durée. En effet, en fin de stage, il avait de fortes douleurs dans le dos et il était fort probable que cela aurait entraîné un arrêt de travail s'il avait continué. Il serait dès lors plus judicieux d'envisager une activité professionnelle à temps partiel, hypothèse qui n'avait pas pu être testée durant le stage. Cela permettrait à l'assuré à la fois de continuer à travailler en exploitant ses compétences, tout en ayant la possibilité de reposer son dos et donc de pouvoir tenir dans la durée un bon rythme de travail. Selon le rapport de stage, est encore indiqué que le taux de rendement dans les activités effectuées a été évalué entre 70 et 75 %, compte tenu des difficultés physiques et des douleurs.

E. 16

Par mémoire completif du 25 mars 2009, l'assuré a conclu, préalablement, à ce que soit ordonnée la tenue d'une expertise médicale bi- disciplinaire sur les plans orthopédique et rhumatologique, principalement, à l'annulation de la décision du 15 décembre 2008, et à ce que, statuant à nouveau, le Tribunal cantonal des assurances sociales lui octroie une rente de l'assurance invalidité dont le degré exact devrait être fixé après instruction médicale complémentaire, ainsi qu'à la condamnation de l'OAI en tous les frais et dépens de la procédure, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires de son avocat.![endif]>![if> Il a principalement fait valoir que les rapports médicaux du Dr C_____ et de la Dresse D_____ étaient contradictoires. Il a également allégué que du 5 mai au 16 juin 2008, il avait fait un stage d'évaluation auprès de la société L_____, entreprise sociale privée, à savoir dans un centre d'évaluation professionnelle. Un rapport, produit par le recourant, avait été rendu par les évaluateurs de L_____, mentionnant qu'il pourrait travailler dans le domaine de l'industrie légère sur des pièces de taille moyenne, s'il pouvait bouger régulièrement, tout en travaillant principalement assis, sans devoir faire de trop grands mouvements. Toutefois, dans son rapport, le centre d'évaluation professionnelle s'interrogeait sur sa capacité à travailler à un taux d'activité de 100 % dans la durée. En effet, en fin de stage, il avait eu de fortes douleurs dans le dos et il était fort probable que cela aurait entraîné un arrêt de travail s'il avait continué. Dès lors, le centre d'évaluation professionnelle recommandait une activité à temps partiel. L'assuré se référait également à un rapport du 6 janvier 2009, de la Dresse D_____, laquelle déclarait soutenir sa décision de faire opposition au refus de prestations de l'AI. Elle indiquait que l'été précédent, elle avait noté une amélioration lentement progressive des symptômes avec un traitement de physiothérapie. En juin, après le stage chez L_____, où son rendement avait été estimé à 70 %, des doutes avaient été émis sur sa capacité à tenir ce rythme dans la durée. Ayant ensuite débuté un stage organisé par le chômage (cours de français et d'informatique), l'assuré n'avait pu le faire qu'à raison de 50 %, du fait de sa difficulté à rester en position assise prolongée. Il avait terminé son stage fin octobre 2008. Suite à cela, l'OCE l'avait adressé à Beau-Séjour pour un stage d'observation, du 24 novembre au 22 décembre 2008, pendant les deux premiers jours à temps plein, puis à mi-temps. Les conclusions de ce stage étaient que son rendement était diminué et surtout qu'il avait de grandes difficultés à rester debout ou assis de manière prolongée, même un travail à la demi-journée étant difficile. L'atteinte étant estimée de longue durée, il n'avait plus droit aux prestations de chômage, ni à l'aide de l'OCE pour retrouver du travail. Pour toutes ces raisons, la Dresse D_____ demandait que la décision AI soit réévaluée, éventuellement par expertise.

E. 17

A l'appui de ses écritures, l'assuré a produit le rapport d'observation des maîtres socioprofessionnels de l'atelier de réadaptation professionnelle du département des neurosciences cliniques (service de neuro-rééducation) des Hôpitaux universitaires de Genève, établi le 16 février 2009.![endif]>![if> Ce rapport indique en anamnèse que l'assuré souffre de lombalgies chroniques, avec douleurs sciatiques droites. Les 24 et 25 novembre 2008, il a effectué un stage à plein temps, soit six heures par jour, puis du 26 novembre au 22 décembre 2008, à mi-temps, soit trois heures par jour. Les activités effectuées étaient la restauration de dossiers patients en position assise, la fabrication de dossiers OCE en positions alternées, le dessoudage d'éléments électroniques en position assise, ainsi que le montage de trois cent soixante vis inox alimentaires sur planchettes

plexi. L'assuré s'était montré ponctuel et assidu, s'intégrant sans problème dans une petite équipe, malgré son naturel discret. Il était particulièrement persévérant et la qualité de son travail tout à fait dans la norme. En dessoudage, il avait pu être constaté qu'il était méthodique et ordonné. Le tri des éléments était parfait et les consignes totalement respectées. L'assuré ne rencontrait manifestement pas de limitation dans les travaux demandant une certaine finesse, en dehors d'un rendement se situant entre 60 et 70 %. S'agissant des points négatifs, sa lenteur de déplacement était relevée de même que sa difficulté à maintenir la position debout sur une longue période. En position assise, l'alternance était indispensable pour soulager ses douleurs lombaires. Son état algique permanent avait une influence non négligeable sur son rendement, même sur une demi-journée, puisqu'il avait été incapable d'assumer une journée complète de travail, de six heures. En conclusion, après l'établissement du présent rapport, la lecture du rapport de stage effectué chez L._____ en juin 2008 avait fait apparaître une totale similitude dans les conclusions, étant relevé que du côté de l'atelier de réadaptation professionnelle, une capacité horaire de travail diminuée de 50 % avait pu être mise en évidence, avec un rendement maximum de l'ordre de 70 %. Vu les conditions observées, l'assuré n'était pas en mesure de travailler dans le marché primaire (ou économique) mais il pourrait travailler dans un atelier protégé où l'environnement serait plus adapté à ses besoins de contrôle/stimulation etc.

E. 18

Les documents présentés par l'assuré ayant été soumis au SMR, ce dernier a considéré que les taux de rendement établis par les rapports précités n'étaient pas justifiés du point de vue médical, la Dresse D._____ ne s'étant notamment pas prononcée sur ce point.![endif]>![if>

E. 19

Dès lors, dans ses écritures de réponse du 5 mai 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.![endif]>![if>

E. 20

En date du 21 octobre 2010, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.![endif]>![if> L'assuré a indiqué souffrir de douleurs lombaires depuis 2006, dont la quantité et la qualité étaient stables. Ces douleurs apparues en 2006 avaient conduit à son immobilisation. Il ne lui était plus possible de marcher. Cette situation avait duré six à huit mois, durant lesquels il ne pouvait pas lever les pieds et devait donc marcher à tous petits pas. Il était d'abord allé consulter son médecin de famille le Dr C._____, lequel lui avait prescrit des antidouleurs et des anti-inflammatoires. Il avait ensuite repris le travail, mais ne pouvait exécuter que de menus ouvrages (travail sur des câbles), sans port de charge. Par la suite, il était allé consulter la Dresse D._____, la situation ne s'améliorant pas. Ils avaient convenu qu'il effectuerait d'abord un stage d'environ un mois et demi chez L._____. Dans ce cadre, il avait à nouveau exécuté des travaux sur des câbles ou du sertissage. Suite à ce stage, il s'était à nouveau trouvé immobilisé, mais pas autant que la première fois. Il avait alors suivi deux fois neuf séances de physiothérapie. Dans sa dernière activité, il avait travaillé comme ouvrier sur les batteries de voitures. Cette activité était exercée debout et impliquait le port de charges de 20 kg (poids des batteries). Depuis, son médecin lui avait conseillé de marcher beaucoup et de perdre du poids. Il prenait toujours du Voltarène en cas de douleurs aiguës. Ce genre de douleurs surgissait à fréquences variables, selon l'activité qu'il avait eue durant la journée. La Dresse D._____ avait envisagé avec lui une

intervention chirurgicale, dont les chances de succès ne pouvaient être évaluées qu'à 50 %, de sorte qu'elle lui avait déconseillé cette intervention. L'OAI a indiqué que le diagnostic posé était clair, ce qui n'impliquait pas d'investigation supplémentaire sur le plan médical de sa part. S'agissant des stages effectués par l'assuré, les rapports établis ne préconisaient pas non plus la poursuite des investigations sur le plan médical. Au regard du rapport de la Dresse D_____ du 11 août 2008, une activité à 100 % serait possible dans toute activité plus légère, respectant certaines limitations. Le conseil du recourant a indiqué que ceci n'apportait aucune réponse au taux d'invalidité pouvant être retenu, en tenant compte notamment de la diminution de rendement dans le cadre de l'activité envisagée.

E. 21

En date du 7 décembre 2010, une audience d'enquêtes a eu lieu. A cette occasion, le Dr C_____ a indiqué avoir suivi l'assuré du mois de septembre 2006 jusqu'en 2008, période durant laquelle il l'avait vu à dix-huit reprises pour des douleurs lombaires et des sciatalgies. Il lui avait prescrit de la physiothérapie, ainsi que des anti-inflammatoires et avait lui-même pratiqué quatorze injections de Voltarène et de corticoïdes. Par la suite, il l'avait envoyé voir le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel avait préconisé les mêmes traitements. Une IRM lombaire avait été effectuée en septembre 2006, dont il ressortait la présence d'un canal étroit et de discopathies. Le canal étroit provoquait de fortes douleurs chroniques. A sa connaissance, un bilan rhumatologique avait également été effectué aux HUG le 20 novembre 2007 qui avait posé le même diagnostic que précédemment. Il avait préconisé un changement de profession, ainsi qu'une expertise médicale, ce qu'il avait mentionné dans son rapport à l'OAI du mois de juillet 2008. Il ne lui était pas possible de faire état d'une activité professionnelle qu'aurait pu effectuer l'assuré. Durant le suivi qu'il avait eu avec lui, chaque fois qu'il reprenait le travail, l'assuré devait à nouveau s'arrêter en raison de blocages et de douleurs. Après les injections administrées, il pouvait à nouveau marcher quelques jours, avant que les douleurs ne réapparaissent. Il ne savait plus quel traitement lui administrer, raison pour laquelle il avait préconisé qu'une expertise médicale soit effectuée. D'après ses constatations cliniques, il avait des pertes de sensibilité dans les membres inférieurs, en particulier à droite, lorsque l'assuré souffrait de blocages. Beaucoup de ses patients avaient des canaux étroits, sans que cela ne provoque de telles douleurs. Lorsqu'il avait vu l'assuré pour la première fois, il avait fait état des mêmes symptômes qu'il aurait déjà eus en 2005. Il lui était difficile de se prononcer sur la question de savoir si l'atteinte était durable. Certains traitements d'infiltrations pouvaient être tentés sans que le résultat soit vraiment probant (10 %). A teneur du rapport d'IRM lombaire de septembre 2006, le diagnostic de canal lombaire étroit était posé. Il avait demandé que cet examen soit effectué pour exclure la présence d'une hernie discale. Il n'avait pas sollicité d'autres examens de ce type par la suite. La Dresse D_____ a indiqué suivre l'assuré depuis le mois de mai 2008, de manière régulière, à raison d'une fois par mois ou d'une fois tous les deux mois, selon la nécessité. Elle lui avait prescrit principalement des médicaments, antalgiques et anti-inflammatoires, ainsi que de la physiothérapie. Initialement, l'impact de ses prescriptions s'était révélé favorable. Par la suite, la situation s'était un peu dégradée, en raison de l'activité déployée par son patient. Elle avait principalement pu constater des aggravations de sa situation, à la suite des stages effectués, notamment dans le cadre de la réadaptation professionnelle, mais également les cours de langue. Des épisodes de douleurs aiguës étaient alors apparus. En l'état, elle était dubitative quant au pronostic d'amélioration. Hormis les médicaments et la physiothérapie qui avaient à nouveau été prescrits la dernière fois qu'elle avait vu son patient, il n'y avait

pas d'intervention chirurgicale, notamment, qui soit envisagée. Il était exact qu'il avait été discuté de consulter un neurochirurgien. Cela étant, il ne lui semblait pas qu'une intervention chirurgicale soit indiquée dans le cas du recourant dans la situation actuelle. En effet, celui-ci souffrait surtout du dos, alors que ce genre d'intervention avait en général un effet positif sur les douleurs des membres inférieurs. S'agissant de l'appréciation quant à la capacité de travail du patient à raison de 100 % dans une activité adaptée, elle ne la maintenait pas. En effet, lorsqu'elle avait rédigé son rapport en août 2008, elle n'avait vu l'assuré qu'à deux reprises. La première fois, il était bloqué. La seconde, le traitement qui avait été envisagé semblait tendre à une évolution positive. Toutefois, rétroactivement sur la durée, au vu des stages effectués, elle pensait qu'une reprise d'activité à raison de 100 % était difficile. Après avoir pris connaissance des différents rapports de stages effectués par l'assuré, elle considérait que les taux d'activité retenus de 50 % et de rendement, étaient objectivés par la situation médicale, en particulier par rapport aux symptômes douloureux manifestés. Une activité adaptée serait celle qui permettrait au recourant d'alterner les positions debout/assis, toutes les trente minutes environ, sans port de charge, légère. S'agissant du taux de rendement dans ce genre d'activité, il lui était difficile de se prononcer. Hormis l'IRM lombaire effectuée en septembre 2006, aucune autre investigation de ce type n'avait eu lieu par la suite. Ce qui était déterminant par rapport à la douleur, c'était le diagnostic de canal lombaire étroit plutôt que des discopathies protrusives. Une fois que ce genre de diagnostic était posé, il n'y avait pas de raison que cela s'améliore au niveau des images. C'est pour cette raison qu'un nouvel examen de ce genre ne lui était pas apparu utile. Les symptômes n'ayant pas évolué, un autre examen n'était pas non plus apparu utile. Pour expliquer les douleurs, l'étranglement du canal provoquait une irritation des nerfs. Les discopathies étaient des affections relativement ordinaires qui, en général, ne provoquaient pas de douleur particulière. A sa connaissance, l'assuré souffrait de douleurs lombaires et de blocages de manière récurrente depuis 2006. Précédemment, il avait fait état de douleurs et de blocages, de moindre importance. Elle pouvait dire que les douleurs étaient probablement en lien avec ce qui était apparu aux images. Il était cependant difficile d'indiquer si l'assuré continuerait à souffrir des mêmes douleurs sur le long terme. Il arrivait que des personnes touchées par un canal lombaire étroit n'aient pas de douleur, en tout cas pas de manière constante. S'il advenait que l'assuré souffre d'une paralysie, ce qui était la manifestation d'un problème neurologique grave, on pourrait mettre de manière claire en relation directe, les douleurs avec ce problème. Si elle avait modifié lors de sa déclaration en audience d'enquêtes le taux de capacité de travail qu'elle considérait envisageable, c'était sur la base des douleurs que l'assuré lui avait lui-même rapportées ou qu'il avait rapportées aux maîtres de stage. Lorsqu'elle avait rempli le rapport AI en 2008, c'était en fonction de ses constatations cliniques et non seulement de l'anamnèse. Il était difficile de savoir pour quelle raison le rapport établi par le Dr C_____ à la même époque ne faisait état que de douleurs à la marche. En tout cas, en ce qui la concernait, elle avait concrètement pu constater le blocage dont souffrait l'assuré.

E. 22

Sur quoi, la suite de la procédure a été réservée, puis gardée à juger.![endif]>![if>

E. 23

Par arrêt ATAS/626/2011 rendu le 7 juin 2011, la Chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours formé par l'assuré le 2 février 2009, annulé la décision du 15 décembre 2008 de l'OAI et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, au

sens des considérants, tout en le condamnant à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- au titre de dépens et en mettant à sa charge CHF 200.- au titre d'émolument de procédure.![endif]>![if>

E. 24

Par communication adressée au conseil de l'assuré le 10 octobre 2012, l'OAI lui a indiqué qu'il devait se soumettre à un examen médical pluridisciplinaire approfondi (neurologique, orthopédique et rhumatologique) et que sauf contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de dix jours, l'OAI mandaterait un centre d'expertise en vue de réaliser cet examen, ce centre devant être désigné selon le principe du hasard (art. 72 bis du règlement sur l'assurance invalidité (RAI)). L'OAI soumettait également au conseil de l'assuré un catalogue de questions, lui indiquant que dans le même délai de dix jours, il lui était possible de communiquer ses éventuelles questions complémentaires à poser aux experts.![endif]>![if>

E. 25

A teneur du dossier, aucune contestation n'a eu lieu de la part de l'assuré quant à la tenue de l'expertise envisagée, ce dernier ne faisant pas non plus parvenir à l'OAI de question complémentaire à poser aux experts.![endif]>![if>

E. 26

Par communication adressée le 21 janvier 2013 au conseil de l'assuré, l'OAI l'a informé que la Clinique CORELA et particulièrement la doctoresse H_____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, le docteur I_____, spécialiste en neurologie et le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, fonctionneraient comme experts. ![endif]>![if> Il lui était également indiqué qu'il était possible de faire valoir des motifs pertinents de récusation à l'encontre d'un ou de plusieurs des experts désignés, en s'adressant par écrit à l'OAI dans un délai de dix jours dès réception de la convocation.

E. 27

Par courrier du 31 janvier 2013, l'assuré a été convoqué le 22 février 2013 pour les examens devant être pratiqués par le Dr J_____ et la Dresse H_____, le 4 mars 2013, pour l'examen devant être pratiqué par le Dr I_____.![endif]>![if>

E. 28

Aucune contestation ni demande de récusation n'a été émise par l'assuré quant aux experts désignés.![endif]>![if>

E. 29

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été établi le 5 juin 2013. Ce rapport comporte septante-six pages. Dans un préambule, il fait état de tous les documents et rapports d'examen préalablement effectués qui ont été soumis aux experts. Il présente un résumé des motifs de l'expertise, puis un résumé par diagnostics des différents documents consultés par les experts. Une anamnèse complète de la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'expertisé, ainsi qu'un détail des plaintes émises par ce dernier et des traitements auxquels il était soumis, viennent ensuite. ![endif]>![if> Il est indiqué qu'au jour de l'expertise de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'expertisé mentionne prendre uniquement du Voltarène (Diclofénac) (AINS) 50 mg per os,

en fonction de la douleur. Lors de l'expertise de neurologie, l'expertisé a ajouté être également traité par Voltarène (Diclofénac) injectable une fois par mois, la prise par forme orale n'intervenant qu'à la demande et de façon discontinue, soit entre les injections. Aucune autre médication, notamment neurotrophe n'a été mentionnée. Il est également fait mention de physiothérapie occasionnelle. Les médecins consultés par l'expertisé sont indiqués être le Dr C _____ et la Dresse D _____, jusqu'à la fin de l'année 2009. Vient ensuite dans le rapport d'expertise l'analyse par diagnostics locomoteurs, à savoir la discarthrose L4-L5 avec protrusion médiane et syndrome facettaire, en phase stabilisée, ainsi qu'un canal lombaire étroit constitutionnel, en phase de status post, les deux diagnostics étant mentionnés comme étant sans incidence sur la capacité de travail. L'analyse par diagnostics locomoteurs s'étend sur vingt-sept pages, fait état de notes explicatives en rapport avec les rapports médicaux, des plaintes se rapportant aux diagnostics rapportées en expertise et propres aux diagnostics retenus, particulièrement lors des anamnèses dirigées, effectuées lors de l'expertise de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur mais également lors de l'expertise de rhumatologie. Il contient les résultats des auto-questionnaires de la douleur et d'Oswestry, des commentaires relatifs aux questionnaires et réponses de l'expertisé, des observations directes effectuées lors de l'examen clinique de l'expert, comme des discussions sur les documents médicaux consultés et les éventuels examens complémentaires pouvant être recommandés. Devant la persistance des symptômes lombaires et l'absence d'examen complémentaire depuis 2006, une IRM lombaire a été demandée lors de l'expertise, cet examen étant déterminant pour objectiver une évolution vers l'aggravation ou non des discopathies protrusives et déterminer si, en deux ans, celles-ci auraient pu engendrer des troubles objectifs permettant d'expliquer rationnellement les plaintes décrites lors de la réinsertion professionnelle tentée par l'expertisé et le fait que ce dernier soit incapable de travailler en économie libre. Réalisée le 22 février 2013, l'IRM a confirmé l'état dégénératif mais stable du rachis lombaire depuis 2006, avec des remaniements disco dégénératifs étagés, notamment en L1-L2 et L5-S1, mais sans hernie discale, ainsi qu'une discopathie protrusive médiane en L4-L5 qui ne constitue pas une hernie selon les experts, contrairement à ce qui a été indiqué par le radiologue dans le rapport d'examen. Concernant l'estimation du canal lombaire étroit, il est indiqué que la mesure minimale du diamètre lombaire est retrouvée au niveau L4-L5 à 11 mm, étant rappelé qu'une sténose canalaire n'est admise qu'en dessous de 10 mm. D'après les experts rhumatologues et orthopédistes, il n'existe pas de signe clinique et objectif alarmant en faveur d'un conflit disco radiculaire, lequel se serait manifesté par des déficits sensitivomoteurs. L'IRM lombaire du 22 février 2013 a montré selon les experts une stabilité des lésions depuis les examens d'imagerie de 2006, c'est-à-dire en sept ans. Les plaintes de douleurs émises par l'expertisé ne cadrent ni avec l'examen clinique, ni avec les atteintes objectives démontrées par l'IRM. Les douleurs chroniques ne peuvent pas être fondées sur le canal lombaire étroit, dès lors qu'il n'existe pas de sténose. Les traitements recommandés par les experts sont une physiothérapie pour reconditionner la sangle abdominale, associée à une perte de poids et une consultation de rhumatologie afin d'améliorer le traitement antalgique. Les experts s'étonnent qu'aucun traitement antalgique de palier I n'ait été prescrit, un traitement médicamenteux pouvant suffire selon eux à améliorer considérablement le contrôle des douleurs lombaires et influencer positivement sur la mobilité et la qualité de vie. Aucun acte chirurgical n'est recommandé. S'agissant des limitations fonctionnelles propres aux diagnostics posés, la station debout prolongée (statique), la station assise prolongée et la marche prolongée, de même que le

port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12 à 25 kg souvent et/ou 5 à 10 kg en permanence) doivent être limités. Les experts ont ensuite mis en parallèle les limitations fonctionnelles précitées et les constatations effectuées lors des stages auprès de l'entreprise sociale privée L_____, de même que celles effectuées suite au stage par les médecins traitants de l'expertisé. Ils rejoignent les opinions de ces derniers en ce qui concerne les limitations fonctionnelles pour la marche prolongée, le port de charges lourdes, la position en porte-à-faux lombaire, ainsi que la nécessité d'alterner les positions assises et debout. S'agissant de l'activité habituelle de l'expertisé, le port de charges n'excédait habituellement pas 7 kg et les activités nécessitant la manutention de charges de 10 à 25 kg étaient rarement effectuées. En outre, la marche prolongée n'était réellement requise que lorsque l'expertisé devait préparer des commandes, de sorte qu'une alternance des positions debout et assise n'était pas spécifiquement requise. Par contre, la position en porte-à-faux lombaire était habituellement nécessaire lorsque l'expertisé devait soulever les pièces situées à la partie inférieure de la pile. Cette limitation aurait pu être évitée en aménageant le poste de travail, soit en mettant les batteries à hauteur appropriée. Par conséquent, le poste de travail que l'expertisé a occupé à l'époque était quasiment adapté à son état de santé et il l'était toujours, sous réserve d'un aménagement. Les experts font la constatation que les deux stages d'évaluation des ateliers professionnels L_____ et ceux des HUG avaient uniquement échoué en fonction des plaintes de l'expertisé. Si l'on comparait les limitations pouvant être admises par rapport au diagnostic objectivable par imagerie, les postes de travail proposés dans les ateliers auraient cependant pu être tenus sans aucune difficulté. Dès lors, les experts ne peuvent pas se ranger aux conclusions des rapports de stage, sans base médicale avérée. En présence de pathologies dégénératives, la situation par le passé étant au moins identique à celle lors de l'expertise, il est indiqué que bien que des sollicitations fréquentes du rachis devraient être évitées, car pouvant entraîner une exacerbation des troubles dégénératifs, il n'y a pas de lien possible entre les plaintes de l'assuré et les troubles présentés. S'agissant des considérations de la Dresse D_____, rhumatologue, il n'est pas possible de placer la problématique en relation avec la dimension du canal lombaire, ce dernier étant dans les limites de la norme et aucune aggravation significative n'étant intervenue depuis l'IRM effectuée en 2006. En conclusion, les experts indiquent que les postes de travail proposés lors des stages d'évaluation pouvaient largement être tenus sur la base des constatations médicales orthopédiques et rhumatologiques, les rapports médicaux et d'évaluation passés n'ayant pas démontré de lien entre les symptômes, les données médicales objectives et les limitations fonctionnelles décrites. Les différents rapports attestant des limitations de la capacité de travail n'ont jamais été basés sur des données médicales objectives mais uniquement sur les plaintes de l'investigué. Les lésions dégénératives constatées en 2006 sont très probablement anciennes (depuis 1992), l'expertisé n'ayant cependant jamais été empêché de travailler jusqu'à son arrivée en Suisse 2005. Les lésions sont stables depuis presque sept années. Pour l'ensemble de ces raisons, en dépit de troubles dégénératifs préexistants, il n'y a aucune raison médicalement objectivable à une réduction de la capacité de travail dans un poste identique à son ancien emploi sous réserve qu'il puisse éviter la position en porte-à-faux par un aménagement de poste. Le taux de capacité de travail est de 100 %, en horaire et rendement, dans un poste adapté, en respectant les limitations fonctionnelles, l'ancien emploi de l'expertisé pouvant être considéré comme tel. Le rapport présente ensuite sur 13 pages l'analyse par diagnostics de neurologie, à savoir une possible sciatgie L5 droite tronquée, en phase de rémission retardée, sans incidence sur la capacité de travail. Le

rapport d'expertise reprend les éléments du dossier ayant conduit à ouvrir ce chapitre, les notes explicatives sur le diagnostic, les plaintes s'y rapportant, lors de l'expertise, les anamnèses dirigées effectuées par l'expert qui aboutit à une conclusion de douleurs neuropathiques improbables. Le rapport fait ensuite état des observations directes et de l'examen neurologique du rachis lombosacré, effectué dans le cadre de l'examen clinique global de neurologie. Le rapport mentionne ensuite les arguments en faveur du diagnostic : d'abord, la topographie des douleurs décrites par l'assuré, correspondant au territoire de la racine L5, puis le conflit disco-radicaire objectivé à l'IRM sur la même racine du même côté. Toutefois, des réserves sont à émettre car la douleur n'a pas un caractère neuropathique en plus de sembler assez liée à la charge et à la marche, ce qui est inhabituel pour une algie lombosciatique sur une hernie discale. L'IRM de septembre 2006 n'a montré aucune lésion significative au niveau L5 mais juste des données en faveur d'un canal lombaire étroit ainsi que des discopathies modérées de L1 à S1 sans contact sur la racine incriminée. Seule est à considérer une possible sciatalgie L5 droite tronquée dont la date d'apparition ne peut pas être fixée mais est en tout cas antérieure à 2006. L'expert ne recommande pas de traitement spécialisé, si ce n'est éventuellement une approche non médicamenteuse, par exemple un essai de stimulation transcutanée. L'expert n'aboutit à aucune limitation fonctionnelle propre au diagnostic neurologique. Les douleurs sciatiques L5 droites peuvent être strictement liées au contexte rhumato-orthopédique, en absence de troubles sensitivomoteurs objectivés, de sorte que l'expert en neurologie s'en remet aux appréciations des experts rhumatologues et orthopédistes quant à l'évaluation des limitations fonctionnelles globales. En conséquence, le taux de capacité de travail est indiqué à 100 %, en horaire et rendement, dans le cadre d'un emploi adapté, tel que le dernier emploi. En fin de rapport figurent sur 6 pages les discussions et synthèses pluridisciplinaires des différents experts, confirmant les conclusions pré-indiquées. Enfin, sont joints en annexe différents rapports d'examens et questionnaires soumis à l'expertisé, en particulier le rapport d'IRM effectuée le 22 février 2013. Ce rapport indique que les données IRM démontrent un canal lombaire constitutionnellement plus étroit mais pas de décompensation d'un canal lombaire rétréci, l'endroit où le canal est le plus étroit (L4-L5), le diamètre étant mesuré à 11 mm. Le radiologue a également noté la présence d'un remaniement disco-dégénératif étagé avec éléments de déchirures de l'anneau fibreux notamment aux niveaux L1-L2, L2-L3, L3-L4. Au niveau L4-L5, la discopathie est indiquée comme étant la plus sévère et étant accompagnée d'un élément herniaire médian paramédian à prédominance droite entraînant un contact récessal bilatéral à nette prédominance droite avec empreinte sur la séquence myélographique. Des remaniements à composant inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents et des articulaires postérieurs sont compatibles avec un syndrome facettaire, ce dernier étant également visible à l'étagé L2-L3 et L3-L4.

E. 30

Le SMR a rendu son avis suite à l'expertise, le 10 juin 2013, indiquant ne pas partager l'avis des experts s'agissant du fait que le poste habituel était adapté et renvoyant à ses propres conclusions du 25 septembre 2007. Celles-ci figurent sur le rapport daté du 18 septembre 2008 et indiquent que le SMR considère une capacité entière dans toute activité légère, respectant les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse D_____ et envisage une réadaptation (IP).!

E. 31

Par décision du 14 octobre 2013, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a considéré qu'il existait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, de sorte qu'il fallait se baser sur le tableau TA1, ligne TOTAL de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006, indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), indexé à 2007 au moyen de l'ISS (indice suisse des salaires, base 2005 = 100), pouvait espérer réaliser un revenu annuel de CHF 60'226.-. En raison des limitations fonctionnelles, il était accordé une réduction supplémentaire de 10%, ce qui ramenait le salaire annuel potentiel à CHF 54'203.- pour l'année 2007. Les autres critères admis par la jurisprudence ne permettaient pas une réduction supplémentaire. Le revenu annuel professionnel raisonnablement exigible pour 2007, sans invalidité, s'élevait à CHF 49'364.-, avec invalidité, à CHF 54'203.-, de sorte que la perte de gain était nulle. Ceci indiquait un taux d'invalidité de 0%. Ce taux d'invalidité n'ouvrait ni le droit à une rente, ni le droit à des mesures professionnelles.

E. 32

Par acte adressé le 14 novembre 2013 à la Chambre des assurances sociales, l'assuré a formé recours contre la décision précitée. Il a sollicité l'audition de son médecin traitant, le Dr C_____ ainsi que la tenue d'une expertise médicale pluridisciplinaire effectuée en milieu neutre. A titre principal, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que, statuant à nouveau, sous suite de frais et dépens, la Chambre des assurances sociales lui octroie une rente d'invalidité dont le degré devrait être fixé après investigation médicale complémentaire. Le grief principal présenté par le recourant se rapporte à la qualité et au bien-fondé de l'expertise du 5 juin 2013. Il conteste l'indépendance de la Clinique Corela à laquelle le mandat d'expertise a été confié, en raison du fait que l'indépendance de cette clinique, qui tirerait son activité principale de l'assurance-invalidité, serait douteuse, cette présomption de manque d'indépendance étant renforcée par les conclusions surprenantes de l'expertise. Il relève en outre des contradictions dans l'expertise, dans la mesure où les experts ont sous-estimé l'impact et la douleur subie, notamment en ce qui concerne les traitements médicamenteux auxquels il est soumis.

E. 33

Le 12 décembre 2013, l'OAI a répondu au recours, contestant le manque d'indépendance de la Clinique Corela, qui avait été choisie selon le nouvel article 72 bis RAI en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012, par l'intermédiaire de la plateforme SuisseMED@P. Sur le fond, le recourant n'apportant aucun élément probant susceptible de mettre en cause les conclusions de l'expertise, l'OAI conclut au rejet du recours.

E. 34

Sur ce, la Chambre des assurances sociales a ordonné une comparution personnelle des parties et fixé une audience d'enquêtes. Le 28 février 2014, les Drs I_____, K_____ et H_____ ont été entendus. Ils ont indiqué travailler en qualité d'indépendants et être mandatés par la Clinique Corela dont aucun d'eux n'était employé. Ils ont également confirmé avoir tous l'autorisation d'exercer en Suisse et posséder les qualifications suffisantes pour être désignés en tant qu'experts, suivant régulièrement des formations continues en la matière. Dans le cadre de l'expertise, Le recourant avait été reçu en consultation séparément par les trois médecins qui avaient procédé chacun aux examens qui

s'imposaient en relation avec leur spécialisation, avaient posé des diagnostics suite aux examens et avaient enfin procédé en commun s'agissant de la rédaction des conclusions de l'expertise. Quant aux diagnostics, les trois médecins les avaient tous considérés comme sans incidence sur la capacité de travail. Il s'agissait d'une discartrhose L4-L5 avec protrusion médiane et syndrome facettaire, un canal étroit constitutionnel et une sciatalgie L5 droite tronquée. Les conclusions, confirmées par les trois médecins, après les différents examens, sur le fait que les plaintes de l'expertisé n'étaient pas objectivées par les constatations médicales, étaient maintenues. S'agissant des blocages rapportés par l'expertisé ainsi que par les Drs C _____ et D _____, ces derniers interviennent généralement lors d'une forte douleur. Les médecins avaient tenté de mettre en lien ces douleurs et blocages avec des éléments cliniques, mais n'en avait pas trouvé. Il n'était pas possible de se fier uniquement à l'imagerie, dans la mesure où des éléments médicaux pouvaient y être constatés mais ne pas provoquer de symptômes. Le Dr I _____ a indiqué que, s'agissant des éléments neurologiques, il n'en avait constaté aucun à teneur du dossier, la seule éventualité d'une atteinte neurologique étant ressortie lors de l'audience d'enquêtes du 7 décembre 2010. S'agissant des douleurs ressenties par l'expertisé, l'atteinte au niveau L4-L5 pouvait les expliquer, notamment en ce qui concernait la jambe droite. L'empreinte sur la séquence myélographique, mentionnée dans le rapport d'IRM, correspondait à un contact de la hernie sur le nerf. C'est ce contact qui pouvait expliquer les douleurs de la jambe droite. Le Dr J _____ a souligné que les différents rapports médicaux faisaient surtout état de plaintes algiques. Or, les traitements médicaux dispensés de manière interrompue et de nature peu importante s'avéraient en discordance avec les plaintes exprimées. Le patient avait reçu plusieurs traitements par injection, de même que des antalgiques et des anti-inflammatoires. Toutefois, ces traitements n'avaient été prescrits que de manière ponctuelle, selon l'importance des plaintes. Les médecins pensaient que si un patient subissait des douleurs importantes, sur une longue durée, il était vraisemblable qu'il cherche à obtenir de ses médecins des traitements de manière plus régulière. C'est pourquoi les experts avaient considéré que le peu d'importance des traitements médicamenteux prescrits étaient à mettre en lien avec le fait qu'il n'y avait pas de douleurs si importantes. Il était vrai que la perception de la douleur était très subjective et qu'il s'agissait de relativiser leurs propos. L'élément précité constituait un indice et non une preuve de défaut de souffrance. Relativement au canal lombaire étroit, c'était en procédant à l'examen clinique et en cherchant à mettre en évidence le signe de Lasègue (mouvements qui provoquent une tension sur le nerf) que les experts avaient pu établir qu'il n'y avait pas véritablement de syndrome douloureux en relation avec ce diagnostic. Tant des discartrhoses qu'un canal lombaire étroit pouvaient provoquer des douleurs. Ces symptômes sont cependant différents selon les patients, de sorte qu'il était important de chercher à les objectiver, sur la base d'examens cliniques. Les Drs H _____ et J _____ ont ajouté qu'en relation au traitement médicamenteux préconisé, palier I, il apparaissait adapté au traitement d'une douleur au long cours. En général, on procédait de manière progressive avec les antalgiques, selon les résultats, et privilégiait les traitements anti-inflammatoires à des périodes de crises car ils provoquaient des effets secondaires. La Dresse H _____ a indiqué que s'agissant du traitement rhumatologique, le gainage de la sangle abdominale visait à compenser les déficiences discales qui étaient présentes chez Le recourant au niveau lombaire. En général, une perte de poids était préconisée simultanément, afin d'éviter la surcharge de la colonne. Les trois experts ont indiqué que leurs conclusions relatives à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement s'expliquaient par le fait que la seule limitation fonctionnelle

retrouvée dans l'ancien emploi auprès de l'entreprise B_____ était la position de porte-à-faux lombaire rendue nécessaire par certaines activités. Par contre, dans la mesure où cet emploi permettait l'exercice de plusieurs activités (passer les commandes et autres), ils avaient considéré que les autres limitations fonctionnelles étaient respectées dans cet emploi. Dans la mesure où la place de travail aurait pu être aménagée pour supprimer les positions de porte-à-faux lombaires, il leur avait semblé qu'il s'agissait d'une activité adaptée, sans diminution de rendement. Quant à la médication prise par le patient, il n'existait pas de test pour vérifier la compliance relativement aux anti-inflammatoires. S'agissant des antalgiques, dans la mesure où l'expertisé n'indiquait pas prendre des opiacés, il n'y avait pas non plus de moyen de vérification qui s'imposait. Les experts avaient investigué uniquement la période récente avant l'expertise en matière de traitement médicamenteux reçus par l'expertisé. Ils avaient constaté qu'à cette période, ce dernier ne prenait que du Voltarène par oral. Il n'avait pas investigué la période entre 2008 et 2012. Les références faites aux 14 injections de Voltarène reçues remontaient à la période antérieure à 2008. Les traitements indiqués comme ayant été pris entre 2006 et 2008, en page 8 de l'expertise, étaient ceux qui ressortaient de dossier médical. Quant aux traitements figurant en page 20, il s'agissait de ceux qui leur avaient été indiqués comme actuels par l'expertisé. Le Voltarène était un anti-inflammatoire qui ne devait pas être pris de manière régulière et sur une longue durée. Il avait cependant un effet antalgique également. Aucun contact n'avait eu lieu entre les experts et le Dr C_____, ces derniers considérant avoir suffisamment d'éléments au dossier. Le fait que l'expertisé leur indique des modes différents de prises de Voltarène, de même que des fréquences différentes, ne les avait pas particulièrement interpellés dans la mesure où il s'agissait toujours de la même molécule. Dans l'hypothèse présentée par le recourant lors de l'audience, où il aurait été traité à plusieurs reprises auprès des HUG durant l'année 2012, début 2013, et aurait reçu des traitements de Tramal, les experts ont indiqué qu'il s'agissait d'un signe de souffrance plus important, qui aurait justifié une médication de palier II. Toutefois, ils rappelaient que leurs constatations suite aux examens cliniques (absence de signe de Lasègue notamment) devraient toujours être croisées avec ces nouvelles informations. Cela n'aurait pas modifié leurs conclusions relatives aux diagnostics lésionnels. Cela aurait cependant pu modifier les traitements préconisés. Le Dr C_____, entendu ensuite, a confirmé avoir continué à suivre le recourant depuis 2011, à raison de cinq ou six fois par année, les raisons des consultations étant liées aux douleurs dont il continuait de souffrir au dos. Les traitements prescrits étaient des injections intramusculaires de Voltarène ou de cortisone, de même que la prise orale de Voltarène. Par période, il y avait également des soins de physiothérapie. Lui-même n'avait jamais prescrit d'autre médicament antidouleur que le Voltarène. Une tentative de prise de rendez-vous aux HUG pour obtenir une évaluation neurochirurgicale quant au traitement des douleurs avait eu lieu en octobre 2013, sans réponse reçue. Lui-même ne savait pas si le recourant s'était rendu au HUG pour d'autres consultations depuis 2011. Ce dernier était cependant retourné voir le Dr G_____, chirurgien orthopédique, pour une évaluation. Celui-ci n'avait pas préconisé d'intervention chirurgicale mais la poursuite de la physiothérapie et des infiltrations directement dans la vertèbre (probablement de cortisone). Lui-même avait pu constater que le recourant souffrait toujours des mêmes douleurs au même niveau du dos. Lors de certaines consultations, ces douleurs étaient intenses et il marchait difficilement. D'après les prescriptions de Voltarène, en période de crise, le recourant prenait des quantités importantes de cet anti-inflammatoire. Il ne savait cependant pas dire à quelle fréquence il en prenait par semaine. En période de crise, on prescrivait en

général une prise d'une semaine consécutive, mais pas plus, en raison des effets secondaires, notamment au foie et aux reins. S'il s'en tenait aux rapports d'IRM effectués en 2006 et début 2013, le Dr C_____ constatait qu'il y avait peu de dégénérescence présentée par les lésions à la colonne. En particulier, selon le rapport de 2013, figurait une hernie qui n'existait pas dans le premier rapport. Pour lui, la situation était stable au niveau des douleurs. Il ne saurait pas dire si les douleurs présentées étaient à mettre plus en lien avec les discarthroses ou le canal lombaire étroit. Chez ses patients, il observait que ce type de lésions engendrait le même genre de douleur. Il ne saurait se prononcer exactement sur la capacité de travail du recourant. Il avait effectué sur lui un examen clinique et notamment la manœuvre de Lasègue, dans le contexte de laquelle son patient avait présenté des douleurs. Lorsqu'il levait la jambe droite, notamment, cela provoquait une tension douloureuse dans le bas de la colonne. Il n'était donc pas étonnant que le recourant souffre de douleurs à la marche et en position assise. Il pensait que le recourant pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée à toutes ses limitations fonctionnelles. Toutefois, il n'était pas spécialisé pour se prononcer sur le type d'activité. Il faudrait procéder à des essais. Il avait pris connaissance des rapports de stage effectués par le recourant et n'avait pas été étonné de leur résultat, celui-ci dépendant des douleurs présentées. S'agissant de l'actuel travail exercé par le recourant, à raison d'environ vingt heures par semaine, ce dernier devait s'arrêter de travailler lorsqu'il présentait des douleurs. En 2013, il avait eu l'occasion d'ordonner plusieurs arrêts de travail. Le recourant avait cependant continué à travailler et s'arrêtait lorsqu'il avait mal. Il n'était pas au courant de l'activité exacte exercée par le recourant. Il n'avait pas discuté avec lui du fait qu'une expertise avait été effectuée. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties et qui a suivi les enquêtes, Le recourant a indiqué n'avoir pas vécu de véritable évolution dans sa situation depuis 2011, souffrant toujours de mêmes douleurs et prenant les mêmes traitements médicamenteux. Le Dr G_____, récemment consulté, lui avait conseillé de continuer à perdre du poids et de suivre un traitement de physiothérapie, avec des infiltrations dans la colonne lors des crises. Il pensait avoir indiqué aux experts qu'il avait également pris du Tramal ou du Tramadol, mais cela n'avait pas été mentionné dans l'expertise. Il était allé à plusieurs reprises consulter le service de médecine de premier recours des HUG durant l'année 2012, car il avait eu une interruption de couverture d'assurance-maladie. C'était ce service qui lui avait prescrit le Tramal, de même que des injections de Voltarène, ainsi que la prise d'autres traitements oraux. Il demandait à la Cour de demander son dossier auprès du service concerné. Depuis une année environ, il travaillait comme bénévole à l'accueil de l'espace solidaire des Pâquis, à raison de trois heures par après-midi, quatre fois par semaine. Dans cette activité qui lui permettait de se déplacer, de se lever et de s'asseoir régulièrement, il se sentait bien. Il avait tenté récemment de travailler plus, mais ressentait des douleurs et de la fatigue. Le recourant a persisté à solliciter que soit ordonnée une expertise judiciaire, indiquant ne pouvoir être convaincu des conclusions posées par les experts pour plusieurs motifs. Tout d'abord, l'expertise n'avait aucunement porté sur toute la période qui s'était déroulée entre 2008 et 2013 ; ensuite, les experts s'étaient focalisés sur le fait que les indications organiques ne correspondaient pas aux douleurs alléguées, en se portant par exemple uniquement sur une différence d'un millimètre pour exclure que le syndrome de canal étroit puisse engendrer ses douleurs ; enfin, quand bien même la prise d'anti-inflammatoires ne serait pas l'indication médicale la plus adéquate, il était incompréhensible de conclure à une capacité de travail de 100%, alors qu'un patient souffrait régulièrement et ce d'autant plus sans aucune baisse de rendement, alors que

plusieurs limitations fonctionnelles étaient décrites. L'OAI s'en est tenu à la position déjà exprimée, s'opposant à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, dans la mesure où les experts avaient abouti à la conclusion qu'aucun élément objectivable n'existait pour justifier une incapacité de travail. Les experts étaient venus confirmer leurs conclusions et fournir les explications supplémentaires suffisantes. La valeur probante de leur expertise ne pouvait valablement contestée. Le fait qu'ils ne se soient pas prononcés et n'aient pas fait d'investigation au sujet de la période écoulée entre 2008 et 2013 n'avait pas d'incidence puisque l'on comprenait aujourd'hui qu'aucun examen particulier n'avait été effectué dans cet intervalle, le recourant n'ayant consulté qu'en vue de l'obtention de traitements anti-inflammatoires. Sur quoi, la Cour a réservé la suite de la procédure et indiqué qu'elle allait demander préalablement le dossier auprès des HUG.

E. 35

Le 17 avril 2014, le Service de médecine de premier recours des HUG a transmis à la Cour le résumé des consultations intervenues sur Le recourant les 21 mars, 2 avril, 2 mai, 5 juin, 21 août, 17 octobre et 13 décembre 2012. Il a été indiqué dans le résumé du 21 mars 2012, que le recourant était venu consulter pour des problèmes dermatologiques. Il présentait des difficultés à la marche. Il se trouverait dans une situation sans domicile fixe. Lui ont été prescrits du Paracétamol, en comprimé d'un gramme, en réserve, maximum quatre fois par jour, du Voltarène (Diclofénac), 50 mg, à prendre trois fois par jour, avec les repas, du Bépanthène (Dexpantenol), onguent 5%, en application une fois par jour et de l'Elocom Crème (Mométasone Furoat) 1 mg/g, une fois par jour le soir. Le 2 avril 2012, un suivi de consultation a eu lieu pour une crise douloureuse depuis trois jours, avec douleur importante au niveau du dos, irradiant dans la jambe droite, hyposensibilité et fatigabilité de cette jambe. Le patient avait trouvé un logement, en colocation mais il n'avait pas de revenu et les démarches sociales n'avançaient pas. Ses problèmes hématologiques allaient mieux. Lui avait alors été préconisé du Tramal (Tramadol Chloridrate) en capsules de 50mg, en réserve selon douleur, maximum quatre fois par jour. Lors de la consultation du 2 mai 2012, les lombalgies étaient indiquées comme allant bien avec le Tramal, les douleurs augmentant cependant avec le froid quand le patient dormait dans la rue. Une hypoesthésie et paresthésie des membres supérieurs avaient été mises à jour selon position et activité, déjà investiguées et prises en charge, sans proposition thérapeutique, par sa rhumatologue. Le patient avait été suivi deux semaines à Beau-Séjour et ne savait pas où dormir la nuit suivante. Les problèmes cutanés se trouvaient en guérison progressive. Lors de la consultation du 5 juin 2012, la lombosciatalgie a été indiquée comme stable, les traitements n'étant pris qu'en réserve. Les douleurs étaient mentionnées comme très dépendantes de la situation sociale. En l'état, le patient avait un endroit où dormir et avait donc un peu moins de douleurs, mais portait toutes ses affaires avec lui toute la journée, ce qui les augmentait. Le patient espérait trouver un travail en atelier protégé s'il recevait une réponse positive de l'AI et se voyait quand même travailler trois à quatre heures par jour s'il avait la possibilité de changer de position régulièrement. Un suivi tous les deux mois lui a été proposé. Aucun traitement ne lui a été prescrit. Le 21 août 2012, une nouvelle consultation a eu lieu, en raison d'une augmentation des douleurs depuis deux mois environ. Le patient marchait avec des cannes, présentant une prise de poids non quantifiée qui était indiquée comme jouant probablement un rôle dans l'augmentation des douleurs. Le Tramal aidait un peu mais donnait des effets secondaires de type anxieux et de l'insomnie. Le patient faisait alors spontanément des fenêtres thérapeutiques pendant quelques jours. Des injections de Voltarène qui l'avaient soulagé par le passé lui ont été proposées à nouveau. Il n'avait pour

le moment pas d'adresse à Genève et risquait l'interruption de l'aide sociale. Il dormait chez une amie en Italie. Un traitement de physiothérapie n'était pas envisageable du fait qu'il n'était pas sur place. Du Tramal lui a à nouveau été prescrit, en réserve selon douleurs, maximum quatre fois par jour, de même que du Voltarène, à prendre trois fois par jour, avec les repas. Le 17 octobre 2012, une nouvelle consultation a eu lieu en raison d'une persistance des douleurs sur le canal lombaire étroit. Le patient avait pris plus d'antalgiques qu'habituellement, sans franc soulagement des douleurs qui ne présentaient pas de changement de caractère. Il vivait à Genève, de manière précaire. Des séances de physiothérapie lui ont été prescrites. Du Paracétamol, du Tramal et du Voltarène lui ont également été prescrits, avec les mêmes modes de prises que précédemment. Le 13 décembre 2012, une nouvelle consultation a eu lieu, lors de laquelle le patient a indiqué que la situation était fluctuante concernant les douleurs lombaires et qu'il se sentait actuellement mieux, après le traitement de Voltarène. Le traitement de physiothérapie n'avait pas été suivi. La situation de logement du patient était toujours précaire. Il se déplaçait avec des cannes. Aucune prise en charge spécifique ne lui a été préconisée, hormis le commencement des séances de physiothérapie et la poursuite du traitement antalgique.

E. 36

Le 24 juillet 2014, les HUG ont indiqué à l'OAI que le recourant n'avait plus été suivi dans le service de médecine de premier recours depuis le 13 décembre 2012. ![endif]>![if> Cette information supplémentaire a été transmise à la Cour.

E. 37

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le contenu du dossier médical transmis par les HUG. ![endif]>![if>

E. 38

Le recourant ne s'est pas déterminé. ![endif]>![if> L'OAI a persisté dans ses conclusions par courrier du 12 novembre 2014.

E. 39

En date du 1^{er} décembre 2014, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). ![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. ![endif]>![if> 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. ![endif]>![if> 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 ; 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 ; 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 14 octobre 2013 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; RSG E 5 10]).

5. Le litige sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et sur son droit à des prestations de l'assurance invalidité, rente ou mesures de réadaptation professionnelle.

L'argumentation du recourant porte principalement sur la valeur probante de l'expertise de juin 2013, qu'il conteste.

5.1. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant 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 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, le recourant 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi rentre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration du recourant dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) ; que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). Figurent au sein des mesures de réadaptation les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). De plus, à compter du 1^{er} janvier 2008, l'art. 7d al 2 let. d LAI indique que les offices AI

peuvent ordonner des mesures d'orientation professionnelle, dans le cadre des mesures d'intervention précoces introduites par la 5^{ème} révision de la LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110). 5.2. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger du recourant (ATF 125 V 261, consid. 4.). 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 du recourant (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que le recourant 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). 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 30, consid. 1 ; 104 V 136, 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 survenu jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que le recourant 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 le recourant a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque le recourant n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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). 5.3. Selon le principe de la libre-appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure

administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, IVème éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, IIème éd., ch.5, p. 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qu'ils 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et réf. ; ATF 120 III 324 et ss, consid. 3.2. et 3.3.). 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 du recourant (ATF 126 V 322, consid. 5a). Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et réf. ; cf. ATF 130 I 183, consid. 3.2.). 5.4. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous

l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). 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 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 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 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 5.5. En l'espèce, il y a lieu d'examiner tout d'abord la valeur probante de l'expertise mise en œuvre par l'OAI suite au renvoi par la Cour, contestée par le recourant. Ce dernier a fait valoir que les experts désignés par l'OAI n'étaient pas indépendants, dans la mesure où la Clinique Corela obtenait ses revenus de par les mandats confiés par l'assurance. Or, les trois experts choisis l'ont été au sein de la Clinique Corela. Il a été établi que la Clinique Corela avait désignée de manière tout à fait aléatoire, en respect des prescriptions réglementaires fédérales, au moyen du système SuisseMED@P. Les experts désignés au sein de la Clinique Corela l'ont été sur la base de leurs spécialisations, en fonction des domaines impliqués par l'expertise en question. Ces experts ont confirmé fonctionner en tant qu'indépendants, sur la base de mandats que la clinique leur confie, sans faire partie de ses employés. Au vu de ce qui précède, les critiques du recourant tombent à faux, en ce sens que le défaut d'indépendance de la Clinique Corela et partant des experts mandatés par cette dernière, ne peut pas être retenue. S'agissant des personnes des médecins désignés comme experts, il y a lieu de constater que le recourant ne fait valoir aucune critique particulière et qu'il n'a présenté aucun motif de récusation dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire par l'OAI, de sorte qu'il n'est plus en mesure d'en faire à ce stade. Le recourant n'a pas non plus contesté ni complété les questions posées aux experts par l'OAI, alors qu'il avait également reçu un délai pour le faire. Par ailleurs, la Cour constate que le rapport d'expertise est basé sur une anamnèse et une analyse complète du dossier, lequel comportait tous les rapports et documents d'examen pertinents. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen

complets, par spécialisation, pratiqués par les trois experts. Une IRM complémentaire a été requise avant que les experts ne se prononcent. Les plaintes du recourant ont été prises en considération et ont fait l'objet de discussions approfondies, en relation avec les éléments médicaux constatés. Les spécialistes ont procédé à des discussions, puis pris des conclusions, séparément, puis conjointement. Ils se sont clairement prononcés sur les conclusions, de manière concordante, s'agissant de la capacité de travail, de même que sur les limitations fonctionnelles à retenir. Leurs conclusions, dûment et abondamment motivées, sont parfaitement convaincantes. Elles ont au surplus fait l'objet de précisions complémentaires, apportées en enquêtes par les trois experts. Le fait que l'expertise n'ait pas porté sur toute la période qui s'était déroulée entre 2008 et 2013 ne s'avère par pertinent en l'espèce. En effet, aucun examen n'a été effectué sur le recourant durant cette période. Aucun traitement particulier n'a été prescrit au recourant qui diffère de ceux qu'il avait déjà reçu auparavant, avant 2012. Le recourant lui-même a indiqué devant la Cour que son état de santé ne s'était pas modifié depuis 2011. Lorsqu'il avait été entendu par la Cour en décembre 2010, il avait déjà déclaré souffrir de douleurs lombaires depuis 2006, dont la quantité et la qualité étaient stables. Ses déclarations vont ainsi dans le sens des considérations des experts qui ont retenu que la situation ne s'était pas péjorée de manière durable ni de manière à influencer sur la capacité de travail. Le seul changement ressorti de l'instruction relève des propos tenus par le recourant au sujet de la médication absorbée, confirmés par les compte rendus de consultations des HUG de l'année 2012, à savoir qu'en sus des anti-inflammatoires et des antalgiques de palier I déjà pris en considération, le recourant s'est vu prescrire des antalgiques de palier II. Les experts, interrogés sur cet élément devant la Cour, ont cependant confirmé que cela ne modifierait en rien leurs constatations médicales, lesquelles les avaient porté à considérer que les plaintes du recourant relativement aux douleurs subies paraissaient exagérées, dans la mesure où les douleurs n'étaient pas objectivées par les examens médicaux. Ils s'étaient par ailleurs aussi interrogés sur le fait que des antalgiques de palier II n'aient pas encore été proposés au recourant pour soulager ses douleurs. Au sujet desdites douleurs, la Cour relève cependant que durant la période où des antalgiques de palier II ont été prescrits par les HUG, ces derniers ont mentionné dans les compte rendus de consultations que les douleurs pouvaient être mises en lien avec les conditions de vie du recourant à cette époque. Elle se doit aussi de constater que les traitements préconisés, aussi bien par la Dresse D_____ que par les experts et les HUG n'ont pas été mis en œuvre de manière satisfaisante par le recourant. Celui-ci n'a par exemple pas suivi les séances de physiothérapie, ni entrepris les exercices de gainage ou fait en sorte de perdre du poids de manière durable, alors qu'il s'agissait des seules mesures conseillées par les différents médecins consultés et qu'il se plaignait de douleurs récurrentes. La Cour constate également que les avis de toutes les personnes qui ont préconisé de retenir une incapacité de travail, au moins partielle, du recourant, à savoir les Drs C_____ et D_____, ainsi que les rédacteurs des rapports de stages professionnels n'ont apporté aucun élément médical objectivable dans ce sens. Au contraire, comme les experts l'ont relevé, leurs avis ne reposaient que sur les plaintes présentées par le recourant. Ainsi, le fait que les experts aient conclu à une pleine capacité de travail alors que le recourant se plaignait de douleurs importantes n'apparaît pas contradictoire. Quant aux conclusions sur les incidences du canal étroit, le recourant n'a présenté aucun document médical ou avis de médecins qui permette de remettre valablement les conclusions des experts en question. Au vu de ce qui précède, la valeur probante de l'expertise ne saurait être valablement remise en question. Ses conclusions lient par conséquent la Cour. 5.6.

L'expertise ayant déterminé de manière claire l'état de santé du recourant, sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles à prendre en compte, reste à examiner si le recourant à droit à des prestations découlant de la loi sur l'invalidité. A bon droit, le recourant n'a pas contesté les éléments retenus par l'OAI dans la décision entreprise. Ce dernier a pris en considération les revenus tirés par le recourant de l'ancienne activité professionnelle et les a comparés avec les revenus que ce dernier pourrait réaliser, dans le cadre d'une activité de niveau 4, à savoir en exécutant des tâches simples et répétitives. Dans le cadre de cette comparaison, l'OAI a été plus indulgent que les experts qui avaient retenu une totale capacité de travail dans l'ancienne activité, avec une seule limitation fonctionnelle non respectés, à savoir les mouvements en porte-à-faux, mais en indiquant que la place de travail pouvait être adaptée en conséquence. La Cour constate que cela a été fait à bon droit. En effet, les experts ont considéré que l'ancien poste de travail devait être aménagé pour s'assurer que la seule limitation fonctionnelle non respectée le soit, à savoir les mouvements en porte-à-faux. On ne peut dès lors pas considérer sans autre que la pleine capacité de travail retenue puisse être réalisée dans l'ancienne activité. Il fallait ainsi prendre en considération une autre activité comme adaptée. L'OAI a également fait un calcul sur la base d'un dernier salaire annuel 2007 de quelques centaines de francs supérieur à celui qui ressort des documents remis par l'ancien employeur. Le salaire pris en considération sur la base des statistiques ESS 2006, tableau TA1, ligne TOTAL, activité réalisée par un homme, de niveau 4, réadapté pour 2007 en fonction de l'indice pertinent, correspond à CHF 56'784.- x 102.8 (ISS 2007) – 101.2 (ISS 2006) /102.8, soit à CHF 57'667.80.-. Il s'avère supérieur à celui qui était réalisé au même moment par le recourant, de sorte qu'il est incontestable que le taux d'invalidité qui découle du calcul est nul. Partant, le recourant n'a droit ni à une rente, ni à des mesures de réadaptation. Le recours sera dès lors rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Annule la décision du 15 décembre 2008. Met à la charge du recourant un émolument de CHF 200.-. 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 et 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 moyen de preuve, doit être joint à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ La présidente suppléante Laurence CRUCHON 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.