

GE_GERICHTE A/687/2013 vom 29. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_687_2013

FR: GE_GERICHTE A/687/2013 du 29 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE A/687/2013 del 29 ottobre 2013

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur M _____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, marié en 1977, 1990 et 1998, père de deux enfants nés en 1990 et 2000, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est entré en Suisse en 1985. 2. L'assuré a travaillé comme maçon auprès de X _____ SA du 17 avril 1984 au 31 octobre 2006 à plein temps et pour Y _____ SA depuis le 17 février 2004 à raison de dix heures par semaine. Le dernier jour de travail effectué pour X _____ SA était le 3 juillet 2006. Il a été licencié le 3 juillet 2006 pour le 31 octobre 2006. 3. Le 15 décembre 2004, le Dr A _____, médecin du travail FMH, a informé l'employeur de l'assuré que celui-ci ne pouvait être mis dans des situations professionnelles dangereuses, restrictions confirmées le 17 mai 2005. 4. Le 11 janvier 2005, le service de neurologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a attesté d'une consultation à la suite d'une crise tonico-clonique généralisée du 7 décembre 2004 ayant motivé une prise en charge en urgence. Un CT cérébral et un EEG avaient été effectués. Il s'agissait de la quatrième crise depuis 2000. L'EEG relève toutefois un foyer irritatif occipital droit associé à une photo-sensibilité évoquant une éventuelle épilepsie occipitale droite. Il pouvait s'agir d'une épilepsie idiopathique, mais une épilepsie symptomatique ne pouvait pas être exclue, étant donné que l'IRM cérébrale n'avait pas été effectuée. Le patient a une anomalie développementale, notamment une méga-citerne au CT cérébral, qui pouvait s'associer à d'autres anomalies parenchymateuses occipitales non visibles au CT. 5. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 14 juin au 27 juin 2006 attestée par le Dr B _____, FMH médecine générale du centre médico-chirurgical des Eaux-Vives, et le Dr C _____, FMH médecine interne. 6. Le 26 juillet 2006, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité. 7. L'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi le 14 octobre 2006. 8. Le 13 novembre 2006, le Dr C _____ a rempli un rapport médical AI indiquant un suivi depuis le 19 juin 2006, un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épilepsie depuis 2000 sur foyer irritatif occipital droit et un éthylisme chronique. 9. L'incapacité de travail était totale du 14 au 24 juin 2006. Une activité sans risque de chute ou de blessure avec des machines et sans port de charge était possible à 100 %, par exemple le montage de pièces et cela dès janvier 2007 au plus tôt. 10. Le 7 mars 2007, la clinique de neurologie a informé l'OAI que l'assuré n'avait consulté qu'une seule fois. 11. Le 26 juin 2007, le Dr B _____ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait vu l'assuré qu'une seule fois le 14 juin 2006 pour des douleurs dans la région sacrée. L'assuré a suivi une mesure

individuelle Evaluation métier au CIP, requise par l'OCE dès 1^{er} octobre 2007, le rapport final du 14 février 2008 concluait à un potentiel et une motivation dans des activités manuelles fines et précises.![endif]>![if> 12. Le 22 octobre 2007, le Dr C_____ a attesté d'une amélioration de l'état de santé avec cessation de la consommation d'alcool depuis novembre 2006, sans crise d'épilepsie. L'assuré présentait un état dépressif sous-jacent. Une activité adaptée était possible à 100 % (sans risque de chute et d'accident). L'assuré avait montré une grande motivation. Il avait dû alterner les positions car il ne pouvait travailler assis ou debout de manière continue. Une période de formation pratique en entreprise était préconisée.![endif]>![if> 13. Le 7 janvier 2008, la Dresse D_____, FMH médecine interne, a attesté d'une rechute d'éthylisme en novembre 2007, surmonté en décembre 2007 et ayant entraîné des crises d'épilepsie. La compliance médicamenteuse semblait insuffisante, vu les dosages sanguins.![endif]>![if> 14. Le 28 janvier 2008, le SMR a estimé qu'un travail sur des chantiers était contre-indiqué mais qu'un travail de nettoyeur était possible à 100 %.![endif]>![if> 15. Par projet de décision du 25 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations; la capacité de travail était entière comme nettoyeur.![endif]>![if> 16. Le 12 février 2008, le département de psychiatrie des HUG (Drs E_____ et F_____) a rendu un rapport de bilan suite à un entretien du 25 janvier 2008 et posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, dépendance et crises tonico-cloniques généralisées, la dernière en décembre 2007. Une prise en charge du problème de dépendance à l'alcool puis de la dépression était préconisée.![endif]>![if> 17. Par décision du 17 mars 2008, l'OAI a refusé la prise en charge d'une prothèse dentaire.![endif]>![if> 18. Par décision du 17 mars 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision en constatant que le stage aux EPI s'était bien déroulé et que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, une nouvelle évaluation professionnelle étant prévue à IPT.![endif]>![if> 19. Le 27 mai 2008, l'assuré a requis un appareillage acoustique.![endif]>![if> 20. Le 28 mai 2008, le Dr G_____, FMH ORL, a rendu un rapport médical suite à une consultation du 27 mai 2008. Il a posé les diagnostics de déficit auditif dans les hautes fréquences bilatéral à prédominance gauche par déficit de perception, épilepsie traitée et éthylo-tabagisme chronique.![endif]>![if> 21. A la demande de l'OAI, le Dr H_____, FMH ORL, a rendu une expertise le 30 juin 2008 concluant à une hypoacomie bilatérale ne justifiant pas d'appareillage acoustique.![endif]>![if> 22. Les 8 septembre 2008 et 6 août 2009, l'OCE a annulé le dossier de l'assuré.![endif]>![if> 23. Par décision du 23 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande d'appareillage acoustique.![endif]>![if> 24. Le 2 décembre 2008, le service de neurologie des HUG a rendu un rapport à la suite d'une consultation du 24 novembre 2008. Une modification thérapeutique était envisagée.![endif]>![if> 25. Le 11 décembre 2008, la Dresse D_____ a informé le service de neurologie des HUG que l'assuré n'avait pas poursuivi sa prise en charge à la consultation d'alcoologie.![endif]>![if> 26. Le 13 février 2009, le service de neurologie a rendu un rapport à la suite d'une consultation du 5 février 2009. L'assuré avait subi des crises partielles complexes deux fois par mois.![endif]>![if> 27. Le 22 avril 2009, la Dresse D_____ a attesté, pour l'assurance-chômage, une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 17 juin 2008, probablement de manière durable.![endif]>![if> 28. Le 5 mai 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 29. Le 28 mai 2009, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 septembre 2009.![endif]>![if> 30. Le 28 mai 2009, le service de neurologie a rendu un rapport suite à une consultation de l'assuré. Depuis la

consultation de début février 2009, l'assuré avait présenté trois crises partielles complexes (deux en une semaine début avril, puis une la semaine suivante). Il n'avait pas présenté de nouvelle crise tonico-clonique généralisée. Pendant son séjour d'une dizaine de jours au Portugal jusqu'au 15 avril 2009, la compliance médicamenteuse était mauvaise et il y avait eu prise d'alcool. Une modification de traitement était proposée.![endif]>![if> 31. Le 2 juillet 2009, le service de neurologie des HUG a rendu un rapport à la suite d'une consultation du 1 er juillet 2009 en posant le diagnostic d'épilepsie avec crises généralisées d'origine mal étiquetée (épilepsie généralisée ou épilepsie partielle secondaire généralisée ?). Un électroencéphalogramme était sans anomalie notable. Des investigations étaient prévues.![endif]>![if> 32. Le 8 juillet 2009, la Dresse D_____ a rempli un rapport médical AI attestant de l'aggravation de l'état de santé en raison de crises d'épilepsie partielles répétées plusieurs fois par semaine, sous traitement et en l'absence de consommation d'alcool. L'incapacité de travail était totale depuis juin 2008.![endif]>![if> 33. Le 9 septembre 2009, le service de neurologie de HUG (Dresse I_____) a rempli un rapport médical AI posant le diagnostic d'épilepsie. Une activité présentant un risque en cas de rupture de contact n'était pas possible. Une réinsertion professionnelle était envisageable si les crises disparaissaient pendant six mois – un an.![endif]>![if> 34. Par communication du 27 octobre 2009, l'OAI a refusé des mesures de réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 35. Le 4 janvier 2010, la Dresse D_____ a écrit à l'OAI que l'assuré ne consommait plus d'alcool depuis février 2009 (sous antabus); il se plaignait d'acouphènes, de gonalgies bilatérales, d'un syndrome fémoropatellaire et d'un psoriasis pouvant éventuellement expliquer les arthralgies. Une activité nécessitant de porter des charges, rester debout plusieurs heures ou marcher régulièrement était compromise.![endif]>![if> 36. Le 12 janvier 2010, le Dr J_____ du SMR a proposé une expertise neurologique.![endif]>![if> 37. A la demande de l'OAI, le Dr K_____, FMH neurologie, a rendu le 1 er avril 2010, une expertise fondée notamment sur deux entretiens cliniques des 23 février et 29 mars 2010. Il a posé les diagnostics d'alcoolisme chronique depuis plus de vingt ans, épilepsie d'origine indéterminée, partiellement pharmaco-résistante depuis 2000 et hypoacousie bilatérale documentée en juin 2008.![endif]>![if> Au plan physique, l'épilepsie interdisait toute activité susceptible de mettre le sujet ou son entourage en danger. Au plan psychique et mental, le sujet était anxieux parfois déprimé, susceptible d'avoir recours à l'alcool. Au plan social, pas de limitation. L'ancienne activité n'était plus exigible et dans une activité simple routinière et pouvant être interrompue sans préavis la capacité de travail était totale. La restriction était difficile à évaluer et la plus importante dans des perspectives professionnelles était liée à la constellation psychologique et la consommation d'alcool. L'avenir dira si l'encadrement et les ressources de l'assuré seraient suffisants pour reprendre une activité ou s'il sombrerait à nouveau dans une consommation qui lui interdirait toute activité professionnelle. 38. A la demande de l'OAI, le Dr K_____ a précisé le 2 septembre 2010 que pour la période 2008 à 2010 il persistait un flou quant à l'incidence de l'épilepsie sur une activité adaptée et qu'il n'était pas en mesure de suivre la Dresse I_____, qui admettait une capacité de travail ou la Dresse D_____ qui la réfutait.![endif]>![if> 39. Le 15 septembre 2010, le Dr J_____ du SMR a estimé qu'il existait une incapacité de travail totale comme maçon et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès juin 2006 hormis une période d'incapacité totale de juin 2008 à janvier 2009. Dès février 2009, la situation était stationnaire en ce qui concernait la fréquence des crises.![endif]>![if> 40. Le 31 janvier 2011, l'assuré s'est entretenu avec la

réadaptation professionnelle, laquelle a proposé un stage d'observation professionnelle afin de déterminer les professions adaptées et de confirmer la capacité résiduelle de travail.![endif]>![if> 41. Le 29 juillet 2011, les EPI ont rendu un rapport professionnel (observation et orientation professionnelle en vue de placement) suite au stage de l'assuré du 3 mai au 31 juillet 2011, dont un stage en entreprise (atelier de réentraînement) du 21 juin au 29 juillet 2011 (ouvrier à l'établi). Le taux de présence était de 100 %. L'engagement de l'assuré était très bon. L'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations et permettant l'alternance des positions. Toutefois, au vu des restrictions liées à ses limitations et à son anxiété face aux exigences de l'entreprise, des réserves étaient émises sur une réadaptation de l'assuré dans le marché ordinaire. Un plein temps comme ouvrier à l'établi dans une activité industrielle légère, simple et répétitive et dans un atelier suffisamment adapté, plaçant ainsi l'assuré dans un environnement sécurisé et avec un niveau de stress limité, était envisageable. L'assuré devait pouvoir alterner les positions assise/debout.![endif]>![if> 42. Le 31 octobre 2011, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 34,6 %. Le revenu avec invalidité était de 51'142 fr. (soit selon l'ESS 2006 – TA1 – niveau 4 – homme pour un travail hebdomadaire de 41,7 h, indexé en 2007 et réduit de 15 %). Le revenu global sans invalidité était de 78'231 fr. (soit en 2006 67'873 fr. auprès de X_____ SA et 9'022 fr. auprès de Y_____, indexé en 2007). Une aide au placement pouvait lui être accordée, sur demande.![endif]>![if> 43. Par projet de décision du 3 novembre 2011, l'OAI a refusé une mesure de reclassement et une rente à l'assuré au motif que son degré d'invalidité était de 35 % et qu'un reclassement ne permettrait pas d'améliorer sa capacité de gain. ![endif]>![if> 44. Le 29 novembre 2011, l'assuré s'est entretenu à l'OAI et a contesté la capacité de travail de 100 % retenue en raison de crises dépressives partielles, de chutes de tension, d'acouphènes bilatérale, de douleurs aux genoux, au dos et de fatigue.![endif]>![if> 45. Un enregistrement du sommeil (ECG) du 7/8 décembre 2011 a conclu à un tracé sans anomalie notable. ![endif]>![if> 46. Le 21 décembre 2011, l'assuré a indiqué à l'OCE qu'il était capable de travailler à 50 % dès le 1 er janvier 2012, date à laquelle il requerrait des indemnités de chômage.![endif]>![if> 47. La Dresse D_____ a attesté, en janvier 2012, d'une incapacité totale de travail de l'assuré d'août à octobre 2011.![endif]>![if> 48. Par décision du 9 janvier 2012, l'OCE a déclaré l'assuré apte au placement dès le 1 er janvier 2012 à 50 %.![endif]>![if> 49. Le 10 janvier 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il était suivi par le Dr L_____, FMH psychiatrie.![endif]>![if> 50. Une radiographie de la colonne lombaire du 12 janvier 2012 a conclu à un possible canal lombaire étroit touchant les deux derniers étages. Par ailleurs, une arthrose interapophysaire postérieure et intérieure sur les mêmes étages. Pas d'atteinte sacro-iliaque mise en évidence et une ostéophytose lombaire discrète.![endif]>![if> 51. Le 19 janvier 2012, le Dr P_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies et lombalgies mécaniques, gonalgies bilatérales et ténosynovite du fléchisseur du premier doigt de la main droite. Il n'y avait pas de lésion annexe vue à la radiographie du 12 janvier 2012. ![endif]>![if> 52. Le 22 février 2012, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI. Il suivait l'assuré depuis le 8 décembre 2011 pour un épisode dépressif moyen; l'assuré se plaignait d'irritabilité, de nervosité.![endif]>![if> 53. Le 30 mars 2012, le Dr P_____ a rempli un rapport médical AI. Il suivait l'assuré depuis le 11 janvier 2012 pour des cervicalgies et lombalgies mécaniques et une ténosynovite du fléchisseur du pouce droit; il n'y avait pas de limitations majeures sur le plan ostéoarticulaire.![endif]>![if> 54. Le 25 mai 2012, une note de l'OAI mentionne que l'assuré a suivi un stage auprès d'IPT, dans le cadre du chômage, du 27

février au 13 avril 2012.![endif]>![if> 55. Le rapport du 1 er juin 2012 d'IPT conclu à ce que l'assuré commence par prendre soin de sa santé avant d'envisager un retour vers l'emploi (limitation physique et psychique). ![endif]>![if> 56. Le 20 août 2012, la Dresse D _____ a écrit à l'OAI qu'il convenait de réévaluer l'incapacité professionnelle de l'assuré. Elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épilepsie (foyer irritatif occipital droit), trouble anxieux et dépressif modéré à sévère, gonalgies chroniques et cervicalgies et lombalgies chroniques type mécanique.![endif]>![if> L'assuré présentait un état dépressif et anxieux qui s'aggravait. Les douleurs musculo-squelettiques s'étaient accentuées durant le stage; il n'était pas capable de travailler à 100 %; une activité à 50 % devait être tentée. Une expertise psychiatrique était nécessaire. 57. Le 7 octobre 2012, le Dr P _____ a indiqué qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 19 janvier 2012.![endif]>![if> 58. Le 5 novembre 2012, le Dr L _____ a indiqué que l'état de santé était stable.![endif]>![if> 59. Le 12 novembre 2012, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il allait de plus en plus mal et qu'il attendait une décision.![endif]>![if> 60. Le 14 janvier 2013, le Dr Q _____ du SMR a estimé que l'avis du SMR du 16 septembre 2010 devait être maintenu. En particulier, les Drs P _____ et L _____ ne démontraient pas de nouvelles limitations fonctionnelles![endif]>![if> 61. Par décision du 24 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité était de 35 % .![endif]>![if> 62. Une note au dossier de l'OAI du 5 février 2013 relève que la Dresse I _____ estimait qu'elle aurait dû être réinterrogée suite à son avis médical de 2009.![endif]>![if> 63. Le 25 février 2013, l'assuré a recouru auprès la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, à l'octroi d'une mesure de reclassement et à une demi-rente d'invalidité.![endif]>![if> Il souffrait de crises d'épilepsie partielles deux à trois fois par semaine, d'arthrose cervicale, de douleurs aux genoux, d'acouphènes, d'un état dépressif et de psoriasis. L'instruction médicale était lacunaire car seule une expertise neurologique ancienne figurait au dossier. Le calcul du degré d'invalidité devait prendre en compte une capacité de travail de 50 % et une réduction de 25 %. Il requérait une expertise neurologique, psychiatrique et rhumatologique. 64. Le 2 avril 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a complété son recours. Son état de santé s'était aggravé depuis la décision de refus du 17 mars 2008 comme l'avait attesté la Dresse D _____ par l'apparition de crises d'épilepsie partielles, admises aussi par le SMR en septembre 2009. Les EPI avaient constaté que son rendement était de 70 % seulement et l'OCE ne l'avait déclaré apte au placement qu'à hauteur de 50 %; le stage d'IPT avait démontré un faible rendement. Les conclusions de l'expertise neurologique n'étaient donc plus d'actualité. Une expertise judiciaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique devait être ordonnée. Un taux d'activité maximal de 70 % pouvait être retenu et une déduction globale de 25 % devait lui être appliquée lors du calcul du degré d'invalidité. Son degré d'invalidité était ainsi au moins de 60 % de sorte qu'il sollicitait l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité et des mesures professionnelles.![endif]>![if> 65. Le 7 mai 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'état de santé ne s'était pas aggravé depuis la première décision de refus de prestations. Les pathologies de l'assuré avaient été investiguées à satisfaction. Enfin, l'abattement maximal de 25 % n'était pas justifié.![endif]>![if> 66. Le 17 juin 2013, la Cour de céans a entendu les partis en audience de comparution personnelle.![endif]>![if> Le recourant a déclaré : "Je ne me sens pas capable de travailler à 100 % mais uniquement à 50 % dans un travail adapté. Je souffre d'acouphènes, de problèmes aux cervicales, aux genoux, ce qui fait que je ne peux rester longtemps assis et de chutes de tension. J'ai

augmenté mon traitement contre l'épilepsie de 450 mg à 2 x 600mg Tigreatol. Malgré cela, je présente des crises d'épilepsie partielles. Elles surviennent chaque semaine, pas tous les jours mais parfois j'ai plusieurs crises la même journée. Je suis toujours suivi par la Dresse I _____ du service de neurologie. Je suis toujours abstinent à l'alcool. Le stage aux EPI s'est bien passé. J'étais cependant fatigué. Je pouvais alterner les positions durant le travail, ce qui est indispensable pour moi. Je souffre d'acouphènes depuis environ l'année 2000 qui me dérangent beaucoup. Je prends également du Cimbalta prescrit par mon psychiatre que je vois une fois par mois". Son avocat a déclaré : "Nous requérons une expertise pluridisciplinaire. Du point de vue neurologique la situation s'est péjorée depuis l'expertise du Dr K _____ par la survenance de crises d'épilepsie partielles. Par ailleurs, les autres atteintes n'ont pas été investiguées notamment les acouphènes". La représentante de l'OAI a déclaré : "Nous nous opposons à une expertise pluridisciplinaire. Pour nous la preuve d'une aggravation de l'état de santé n'a pas été apportée. Il s'agit en effet d'une seconde demande". 67. A la demande de la Cour de céans, les médecins traitants de l'assuré ont transmis des indications complémentaires :!

Le 21 juin 2013, la Dresse I _____ a indiqué un suivi depuis décembre 2008, tous les trois à six mois, un diagnostic d'épilepsie partielle cryptogénique, un traitement de Trileptal 2 x 600 mg, de limitations fonctionnelles représentées par le risque de crise et la difficulté à reprendre le travail après des années, une capacité de travail sous réserve de l'absence de risque vital en cas de rupture de contact; elle était d'accord avec l'expertise du Dr K _____ des 1^{er} avril 2010 et 2 septembre 2010 et avec l'avis SMR du 15 septembre 2010, en relevant qu'il fallait trouver une activité adaptée à l'assuré afin d'éviter un état dépressif et la rechute de consommation d'alcool. - Le 28 juin 2013, le Dr P _____ a indiqué qu'il n'avait examiné l'assuré que deux fois les 11 et 19 janvier 2012, que les diagnostics posés étaient ceux de cervicalgies, lombalgies mécaniques, gonalgies bilatérales et ténosynovite du fléchisseur du premier doigt de la main droite, avec une évolution favorable suite à une infiltration, qu'il présentait une discrète limitation de la mobilité du rachis cervical et lombaire et des douleurs exacerbées par l'immobilisation prolongée, et qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. - Le 29 juillet 2013, le Dr L _____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 8 décembre 2011 à raison de une à deux fois par mois, que le diagnostic était celui d'état dépressif traité par du Cymbalta, que l'assuré était compliant, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychologiques, que son état avait évolué favorablement mais qu'il restait fragile à cause de difficultés socioprofessionnelles. 68. Le 30 août 2013, l'assuré a observé que le Dr I _____ confirmait le diagnostic d'épilepsie partielle crypto génique engendrant des limitations fonctionnelles sans indiquer le taux d'activité possible, que l'avis du Dr L _____ était laconique et que celui du Dr P _____ ne comportait pas d'appréciation de la capacité de travail de sorte qu'il persistait dans ses conclusions.!

Le 20 septembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions et transmis un avis du SMR du même jour selon lequel les avis des Drs R _____, P _____ et L _____ n'apportaient pas de raisons médicales objectives susceptibles de modifier les conclusions du SMR de septembre 2010.!

Le 26 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la Dresse S _____, FMH spécialiste en rhumatologie, rue de Lyon 57, 1203 Genève, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.!

Le 16 octobre 2013, l'assuré a accepté l'expert et la mission d'expertise.!

Le 17 octobre 2013, l'OAI a transmis un avis du SMR du 1^{er} octobre 2013 selon lequel il n'avait aucun

motif de récusation ni de questions complémentaires à poser.![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) 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 345 consid. 3).![endif]>![if> b) 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 5 mai 2009 et une décision de refus de prestations de l'intimé du 24 janvier 2013 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008 et celles de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2012 pour les faits postérieurs à cette date. 3. Le délai de recours est de 30 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.![endif]>![if> 4. 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> 5. a) 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.![endif]>![if> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. 6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une

modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles,

mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) 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).

e) 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).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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).

h) 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). 8. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).>![endif]>![if> En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). 9. 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).>![endif]>![if> b) 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 oeuvre 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 oeuvre 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). c) 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). 10. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b). b) 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé

ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 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 (ATF non publié 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 (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). d) 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 table 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 (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 11. En l'espèce, l'intimé a mené une instruction médicale en confiant une expertise neurologique au Dr K _____, lequel a conclu à l'impossibilité pour le recourant d'assumer son ancienne activité de maçon depuis juin 2006 mais à une capacité de travail totale dans une activité simple et routinière pouvant être interrompue sans préavis. Le SMR a, au surplus, estimé qu'il existait de juin 2008 à janvier 2009 une période d'incapacité de travail totale. [endif]> [if> Cette expertise remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce d'autant que le médecin-traitant du recourant, la Dresse I _____, a confirmé les conclusions de ce rapport (avis du 21 juin 2013). En conséquence, il ne se justifie pas d'ordonner une instruction médicale complémentaire concernant l'aspect neurologique de l'atteinte à la santé du recourant. Il en est de même s'agissant de l'aspect psychiatrique, le psychiatre traitant du recourant, le Dr L _____ ayant attesté le 29 juillet 2013 d'un diagnostic d'état dépressif sans limitations fonctionnelles psychologiques. En revanche, une instruction médicale par le biais d'une expertise judiciaire se justifie pour établir une éventuelle limitation fonctionnelle du recourant du point de vue rhumatologique. En effet, le Dr P _____ a diagnostiqué début 2012 des cervicalgies, lombalgies mécaniques, des gonalgies bilatérales et une ténosynovite du fléchisseur du premier doigt de la main droite (avis du 19 janvier 2012). Il n'a toutefois pas été à même de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, ne l'ayant examiné que les 11 et 19 janvier 2012 (avis du 28 juin 2013). En outre, le recourant se plaint principalement, outre les crises d'épilepsie, de douleurs aux cervicales et aux genoux ainsi que de fatigue pour justifier son incapacité à travailler à plus de 50 %. (cf. procès-verbal de comparution personnelle du 17 juin 2013). Ces plaintes ont également été relevées lors de l'évaluation métier de 2008 (rapport EPI du 14 février 2008) et lors de l'observation/orientation professionnelle de 2011 (rapport du 24 juillet 2011). 12. En conséquence, la Cour de céans ordonnera une expertise judiciaire auprès de la Dresse

S_____, FMH spécialiste en rhumatologie, à Genève.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : 1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dresse S_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : ![endif]>![if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause.![endif]>![if> b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. M_____.![endif]>![if> c. Examiner M. M_____.![endif]>![if> d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: ![endif]>![if> e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?![endif]>![if> f. Quelles sont les plaintes de M. M_____ ?![endif]>![if> g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. M_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?![endif]>![if> h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?![endif]>![if> i. M. M_____ suit-il un traitement adéquat ?![endif]>![if> j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?![endif]>![if> k. 1. Compte tenu de vos diagnostics, M. M_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?![endif]>![if> 2. En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si oui, depuis quelle date ? 3. M. M_____ subit-il une diminution de rendement ? 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 5. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? l. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 24 janvier 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?![endif]>![if> m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? En particulier, une mesure de réentraînement au travail paraît-elle nécessaire ?![endif]>![if> n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. ![endif]>![if> 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.![endif]>![if> La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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