

## **GE\_GERICHTE A/815/2011 vom 30. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_815\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_815_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/815/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/815/2011 del 30 novembre 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.11.2011 A/815/2011

A/815/2011 ATAS/1191/2011 du 30.11.2011 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/815/2011  
ATAS/1191/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 30 novembre 2011 4 ème Chambre En la cause Monsieur O \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur O \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité suisse et portugaise, marié et père de famille, vit en Suisse depuis 1978. Depuis son entrée en Suisse, il a travaillé en qualité de maçon, son dernier employeur ayant été l'entreprise A \_\_\_\_\_ SA. Le 16 avril 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué à ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE (ALLIANZ), assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré, que son patient souffrait d'une lombalgie-sciatalgie droite chronique sur H.D. L5-S1 droite et que son pronostic était réservé en raison de rechutes de plus en plus fréquentes vu l'activité professionnelle de ce dernier. En date du 14 juin 2004, l'assuré a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, devenu depuis lors l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant au reclassement dans une nouvelle profession. Sa demande était motivée par des discopathies L4-L5, une protrusion discale L5-S1 et de l'arthrose au niveau des hanches. Un rapport médical du 28 juin 2004 émanant du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, mentionnait que l'assuré souffrait d'une petite hernie discale L5-S1 droite. A l'époque du dernier examen de ce médecin, lequel datait de décembre 2003, il n'y avait pas d'indication opératoire. L'inspecteur de sinistre d'ALLIANZ a indiqué, dans un rapport daté du 19 juillet 2004, que l'assuré souffrait depuis l'âge de 30 ans de dorso-lombalgies plus ou moins sévères, lesquelles s'étaient aggravées depuis environ deux ans. En outre, depuis le début de l'année 2003, ces dorso-lombalgies s'étaient compliquées par des cervicalgies. Les douleurs étaient décrites par l'assuré comme violentes, mais irrégulières c'est-à-dire en dents de scie. Ce dernier a par ailleurs mentionné à l'inspecteur qu'il avait des difficultés lorsqu'il se trouvait dans la position assise plus de trente minutes et, dans la même proportion, lorsqu'il était debout, qu'il pouvait toutefois effectuer une marche lente avec des stations régulières durant un kilomètre par jour. En outre, sa mobilité du corps était réduite et déclenchait des douleurs dans tous les mouvements de rotation et de flexion latérale gauche et droite, de même que lorsqu'il cambrait son dos. Enfin, son sommeil était parfois rendu difficile par les douleurs. Dans un rapport médical daté du 23 août 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait d'une lombo-sciatalgie droite chronique

sur H.D. L5-S1 droite, ayant des répercussion sur la capacité de travail. Elle a par ailleurs mentionné que lesdites lombalgies chroniques étaient présentes depuis des années et qu'elles tendaient vers une chronicité. Ces douleurs avaient occasionné plusieurs incapacités de travail, respectivement de 100% dès le 23 mai 2003, puis de 50 % du 26 avril 2004 à la fin du mois de mai 2004. L'incapacité de travail de l'assuré avait par ailleurs été de 100% jusqu'à ce jour avec toutefois une nette amélioration de sa situation durant le mois de novembre 2007. Dans l'annexe au rapport médical du 23 août 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_ a précisé que l'activité exercée par l'assuré jusqu'alors n'était plus envisageable, que le rendement dans cette activité ne pouvait plus être amélioré et qu'il y avait une diminution générale du rendement de son patient dès lors qu'il devait éviter certaines positions et ne pouvait plus porter de poids importants. Elle a toutefois indiqué qu'une autre activité pouvait être exigée, dans l'hypothèse où cette dernière serait moins contraignante physiquement. Dans un rapport médical du 29 octobre 2004 concernant les capacités professionnelles de son patient, le médecin traitant de l'assuré a notamment déterminé que ce dernier ne pouvait être en position assise plus d'une heure d'affilée, qu'il pouvait se tenir debout environ trois à quatre heures par jour dans l'hypothèse où il lui était permis de marcher de temps à autre, que la position accroupie lui était difficile, qu'il pouvait marcher au maximum pendant trois heures par jour et, enfin, qu'il lui était possible de soulever des charges d'un poids égal ou inférieur à 15 kg. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale effectuée par la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste en neuroradiologie, le 2 novembre 2004, a mis en évidence que l'assuré souffrait d'une raideur du segment cervical avec ébauche d'inversion de la lordose physiologique et de discrètes discopathies C4-C5 et C5-C6 sans image de conflit disco-radulaire. Dans un rapport d'examen du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI POUR LA SUISSE ROMANDE (ci-après : SMR Léman) effectué le 21 juillet 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'octroi d'une mesure d'ordre professionnelle était indiquée. Dans un rapport médical intermédiaire du 19 janvier 2007, la Dresse B \_\_\_\_\_ a mis en évidence que son patient souffrait d'une augmentation des douleurs cervicales alors que les problèmes lombaires restaient, quant à eux, stationnaires. En outre, les traitements prescrits en relation avec les douleurs indiquées étaient des anti-inflammatoires, des analgésiques, des myorelaxants selon ses besoins et, enfin, des séances épisodiques de physiothérapie. Le Dr F \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a mentionné, dans un rapport daté du 19 février 2007, que l'état de l'assuré restait inchangé au niveau lombaire et qu'il convenait d'éviter que ce dernier fasse des flexions excessives de la nuque en raison de cervicalgies sur discrètes discopathies. Un rapport d'évaluation de l'entreprise sociale privée PRO ( ci-après : entreprise PRO) a été effectué le 17 décembre 2007 par Monsieur P \_\_\_\_\_, directeur et Madame Q \_\_\_\_\_, assistante, à l'issue d'un stage d'observation. Ledit rapport indiquait que dès la septième semaine de stage, l'assuré avait fait part d'intenses douleurs dans les cuisses qui avaient entravé sa capacité d'utiliser les escaliers. Ces douleurs présentes durant deux semaines avaient incité l'assuré à prendre deux fois un jour et demi de congé. Au début de la dixième semaine de stage, ce dernier avait éprouvé des douleurs aux articulations des genoux et avait eu très mal au dos. A la fin de ladite semaine, il avait poussé un cageot dans l'atelier et avait ainsi dû quitter son poste étant incapable de se mouvoir. Dans ses conclusions, ce rapport mentionnait, en particulier, les éléments suivants : "Monsieur O \_\_\_\_\_ possède de très bonnes qualités de travail, et un rendement en temps compatible avec une reprise d'activité dans le marché économique traditionnel. Cependant, tant en début de stage qu'en fin de stage, l'assuré s'est montré assez révolté à l'idée de devoir reprendre une activité dans son état. En

outre, il ne se voyait pas du tout solliciter un emploi de lui-même auprès d'un employeur, ayant tenté - sans succès - d'y parvenir avant le début du stage. Aussi lorsqu'il lui a été proposé d'occuper un poste plus intéressant financièrement, le stagiaire s'est tout d'abord montré plutôt réfractaire. Après un temps de réflexion, Monsieur O \_\_\_\_\_ a finalement accepté la proposition (...)." Plus précisément, le rendement de l'assuré était estimé entre 95 % et 100 %. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 mai 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_ a indiqué, en sus de ce qui précède, que ce qui, selon elle, rendait la reprise de travail difficile pour son patient et avait par ailleurs justifié un arrêt de travail durant le stage d'observation, était la survenance répétée de blocages, même dans un contexte de tâches légères, à domicile, et même au repos. Suite au rapport de l'entreprise PRO, le Dr F \_\_\_\_\_ a rédigé un avis médical en date du 20 mai 2008, dans lequel il a mentionné que seule une activité légère était envisageable, qu'une activité à 100 % lui paraissait trop importante et qu'il fallait admettre une légère baisse de rendement de 20 %, afin que le taux retenu puisse être tenu à long terme. Dans son rapport final de réadaptation professionnelle du 9 juin 2008, l'OAI a décidé de clore le mandat de réadaptation notamment en raison du fait que l'assuré était lui-même persuadé qu'il n'était pas capable de travailler et a estimé que son degré d'invalidité s'élevait à 43 % dès l'année 2004. En outre, figurait dans le paragraphe intitulé "rappel de la situation et discussion" dudit rapport que l'assuré estimait que son état de santé s'était aggravé en ce qui concerne ses cervicales et sa gorge, étant toutefois disposé à effectuer un stage. Par trois décisions datées du 14 octobre 2008, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 43 % donnant droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004. Ce résultat tenait compte, pour l'activité avec invalidité, d'une diminution de rendement de 20 % et d'une réduction supplémentaire de 15 %.

L'assuré a interjeté recours contre ladite décision le 13 novembre 2008. Il a fait grief de ce que la décision rendue par l'OAI ne mentionnait pas quel type d'activité serait adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles, que, de surcroît, les activités exercées durant son stage ne correspondaient à aucune activité réelle, qu'en outre, durant ledit stage, il avait travaillé à son rythme tout en alternant les positions et que partant, il était, selon lui, surprenant qu'aucune diminution de rendement n'ait été retenue. Il a par ailleurs allégué que compte tenu des atteintes rhumatologiques dont il souffrait, il n'était pas admissible de fixer sa capacité résiduelle de travail à 80 % dans le cadre d'une activité adaptée, mais que cette dernière s'élevait tout au plus à 50 %, conformément au rapport médical de son médecin traitant ; il convenait, en outre, d'ajouter à ce pourcentage une diminution de rendement. Le recourant a enfin contesté le pourcentage de l'abattement retenu par l'autorité qu'il estimait, quant à lui, à 25 %. Dans sa réponse du 21 janvier 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, se fondant sur les avis du SMR qui renaient une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Par arrêt du 15 juillet 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise à effectuer par un expert indépendant, afin de fixer de façon convaincante la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Ceci fait, il devait rendre une nouvelle décision. L'OAI a mandaté le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, du Bureau romand d'expertises médicales (BREM). L'expert a examiné l'assuré en date des 16 novembre et 4 décembre 2009, demandé une IRM cervicale et lombaire, ainsi que des radiographies des genoux et charges/schuss des deux côtés, pratiquées le 23 novembre 2009 par le Centre de diagnostic radiologique de Carouge. Dans son rapport du 22 février 2010, l'expert a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites

chroniques, non déficitaires, sur une hernie discale L5-S1 comprimant S1 droite, depuis mai 2003. L'examen clinique ne montrait pas de déficit radiculaire au niveau de la racine S1 droite. L'examen neurologique était normal, la manœuvre de Lasègue négative. Les réflexes étaient présents, la sensibilité, superficielle profonde conservée et la force était comparable avec le membre inférieur gauche. Sur le plan radiologique, les examens comparés avec ceux de 2003 et 2004 ne montraient pas d'aggravation au niveau cervical et une discrète discopathie C4-C5 et C5-C6 était constatée. Au niveau lombaire, le constat était le même, pas de changement, persistance d'une discopathie L5-S1 comprimant S1 droite. Les radiographies des genoux en charge et en position de schuss mettaient en évidence une minime gonarthrose bilatérale qui ne permettait pas d'expliquer l'intensité des douleurs décrites. L'hypothèse d'une majoration des symptômes d'origine psychologique restait donc ouverte, sans qu'il puisse discuter ce diagnostic, n'étant pas psychiatre FMH. L'expert concluait en définitive à une lombosciatalgie droite chronique de S1 sans déficit radiculaire qui pouvait provoquer les blocages de la jambe droite décrits par l'assuré. Les douleurs pouvaient être augmentées par le port de charges, les positions en flexion du rachis, les mouvements en rotation, la position debout prolongée (plus de 45 minutes) et la position assise sur la fesse droite (plus de 45 minutes) qui l'obligeaient à se lever et à faire quelques pas. Il fallait donc que le patient puisse changer de position régulièrement et qu'il ne porte aucune charge supérieure à 5 kg. La capacité de travail était ainsi jugée nulle dans les métiers du bâtiment et du génie civil. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % qui se basait sur les résultats du stage d'orientation. Par courrier du 22 avril 2010, le SMR a sollicité de l'expert qu'il précise si les limitations retenues correspondaient à une aggravation de l'état de santé ou à de nouvelles limitations. En cas d'aggravation, l'expert était prié de déterminer depuis quand elle était intervenue. Il devait également préciser quel était le début de l'incapacité de travail à 100 % dans l'activité antérieure de maçon et depuis quand le patient présentait une capacité de travail totale avec diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. Le 14 mai 2010, l'expert a précisé que les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues correspondaient à une nouvelle précision et non à une aggravation de l'état de santé du patient. Le début de l'incapacité de travail en qualité de maçon se situait au mois de mai 2003, cette date coïncidant par ailleurs avec celle d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 %. Par avis médical du 28 mai 2010, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de maçon et une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de 80 % - soit une capacité horaire de 100 % avec diminution de rendement de 20 % -, depuis le 23 mai 2003. Les limitations fonctionnelles, déterminées par l'expert rhumatologue, étaient à traduire en termes de métier par un spécialiste de réadaptation. Par ailleurs, il n'y avait pas de traitement médical exigible. Le 14 juillet 2010, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente d'invalidité aux termes duquel le droit à un quart de rente invalidité était reconnu en faveur de l'assuré, basée sur un taux d'invalidité de 43 %. Le droit à une aide au placement était réservé. En date du 13 août 2010, l'assuré, par l'entremise de son avocat, s'est opposé à ce projet, considérant que son état de santé s'était aggravé en raison de cervicalgies récidivantes, de sorte que ses problèmes de santé, pris dans leur globalité, entraînaient une incapacité de gain de 50 % au moins. Dans des observations complémentaires du 23 septembre 2010, l'assuré a relevé que l'expertise faisait état de douleurs nouvelles - maux de tête, douleurs cervicales, irradiation dans la jambe droite, douleurs au niveau des deux membres

supérieurs et des genoux - alors que l'atteinte initiale, à l'origine de la demande de prestations AI, consistait en des douleurs dorsales et lombaires, plus précisément des lombosciatalgies chroniques dans le contexte d'une hernie discale en L5-S1 droite. Il fallait en conclure qu'il y avait des atteintes nouvelles qui étaient venues aggraver la situation initiale. L'expert avait par ailleurs évoqué une éventuelle atteinte psychique, laissant le soin à l'OAI d'investiguer cet aspect, sans qu'il l'eût été. Enfin, l'OAI avait retenu un abattement de 15 %, alors que sa situation - notamment son âge, les chances très limitées de retrouver un emploi compte tenu également des connaissances rudimentaires du français et de l'absence de formation - justifiait un abattement sur le salaire statique de l'ordre de 25 % et une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 % au moins. Dans un nouvel avis médical du 26 octobre 2010, le SMR a confirmé ses conclusions du 28 mai 2010, considérant que les constats de l'expert rhumatologue ne parlaient pas en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré. En ce qui concernait une éventuelle atteinte psychique, il fallait relever que mis à part le fait que la vie de l'assuré était décrite comme "la plupart du temps seul à la maison" et que les plaintes au niveau cervical et des genoux n'étaient pas expliquées par des constats physiques objectifs, il n'y avait pas d'élément en faveur d'une atteinte à la santé psychique, ni dans l'expertise, ni dans les rapports des médecins traitants. L'expert n'avait d'ailleurs proposé aucun traitement psychopharmacologique, ni de prise en charge psychologique ou psychiatrique spécialisée, alors même qu'il avait considéré la prise en charge par le rhumatologue traitant, juste et pertinente. Il fallait en conclure qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une instruction concernant l'état de santé psychique. Le 13 janvier 2011, l'OAI a communiqué au conseil de l'assuré la motivation transmise à la caisse de compensation compétente pour le calcul des prestations et la notification de la décision. Il en résulte qu'il n'y a pas d'élément objectif expliquant l'intensité des douleurs décrites par l'assuré et que les résultats de l'expertise rhumatologique ne parlent pas en faveur d'une aggravation de l'état de santé physique. Il se justifie ainsi de confirmer le projet de décision du 14 juillet 2010, soit une incapacité de travail de 100 % dès le 23 mai 2003 dans l'activité habituelle (construction). Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déterminées par l'expert, une capacité de travail de 80 % (capacité horaire de 100 % avec diminution de rendement de 20 %) est retenue à partir de la même date. S'agissant de l'abattement de 15 %, il tient compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible. L'assuré ne remplit d'ailleurs pas les conditions relatives à un abattement complémentaire quant à son âge et aux années de service chez son ancien employeur, ses connaissances rudimentaires de la langue française et son manque de formation ne constituant pas non plus des critères justifiant un abattement plus élevé, au sens de l'AI. Par décision du 24 février 2011, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 43 % donnant droit à un quart de rente d'invalidité en faveur de l'assuré ainsi qu'à une rente complémentaire pour enfant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004. Ce résultat tenait compte, pour l'activité avec invalidité, d'une diminution de rendement de 20 % et d'une réduction supplémentaire de 15 % à titre d'abattement. En date du 18 mars 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Il a fait grief de ce que la décision de l'OAI se fonde sur le rapport d'expertise rhumatologique, lui-même basé sur les résultats du stage d'orientation de l'entreprise PRO qui retenait une diminution de rendement de 20 %. Or, force était de constater que le TCAS, dans son arrêt du 15 juillet 2009, avait relevé que l'appréciation de ladite entreprise, notamment en ce qui concernait le rendement estimé,

n'était pas fiable. Il fallait à ce titre souligner que les mesures professionnelles avaient été ordonnées en 2007, de sorte que la question de l'adéquation à la situation actuelle - en 2011 - devait se poser. L'OAI ne pouvait ainsi se contenter de l'appréciation de l'expert quant au taux de rendement, ladite appréciation ne reposant sur aucune constatation pertinente. Il apparaît par ailleurs étonnant que l'expert n'ait pas retenu d'aggravation de son état de santé, alors même que les cervicalgies étaient apparues en 2004 et qu'elles étaient devenues importantes et incapacitantes à partir de 2007, selon l'appréciation de la Dresse B\_\_\_\_\_ . Les gonalgies étaient quant à elles plus récentes, puisque la symptomatologie douloureuse liée à ces atteintes était apparue en 2009. Au niveau lombaire, aucun changement notable n'était relevé, à l'exception d'épisodes de blocages lombaires plus fréquents que l'expert a mis sur le compte de la persistance d'une discopathie-hernie L5-S1 comprimant S1 droite. Il fallait conclure de ces constatations que, par rapport à la situation qui prévalait en 2004, l'évolution de son état de santé était défavorable. On assiste à une aggravation tant au niveau des cervicalgies, des maux de tête, des dorsalgies et des lombalgies dans la jambe droite, qu'au niveau des genoux avec l'apparition de gonalgies confirmées par une gonarthrose fémoro-tibiale interne. L'expert, tenant compte de nouvelles atteintes, a redéfini les limitations fonctionnelles, tout en se montrant plus restrictif par rapport à l'appréciation du médecin traitant. À cet égard, l'assuré se réservait le droit de produire, dès réception, un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ faisant état d'une capacité de travail le concernant de 50 % au maximum, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. S'agissant encore de l'expertise, le spécialiste avait évoqué une éventuelle atteinte psychique, compte tenu de la majoration des symptômes décrits. Or, l'OAI n'avait pas requis l'avis d'un spécialiste en psychiatrie, quand bien même le recourant n'avait jamais fait état de troubles d'ordre psychique. Enfin, un abattement maximal de 25 % devait être retenu dans son cas en raison de son âge, de l'absence de formation, de son éloignement du monde du travail depuis 2003, de ses connaissances limitées de la langue française et de ses importantes limitations fonctionnelles. Il a préalablement conclu à ce qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour la production de pièces médicales et principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI, à l'allocation d'une rente d'invalidité de 50% au moins et à une indemnité à titre de dépens. Le 13 mai 2011, le recourant a versé à la procédure, le rapport médical de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 14 avril 2011. Le médecin traitant se prononçait en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis une année, l'aggravation se traduisant par une recrudescence des rachialgies chroniques avec blocages itératifs au niveau cervical. Dans ce contexte, sa capacité de travail ne pouvait excéder 50 %, dans une activité adaptée. Compte tenu de la divergence d'appréciation entre l'expert, mandaté par l'OAI, et son médecin traitant, il se justifiait d'ouvrir les enquêtes pour entendre la Dresse B\_\_\_\_\_ . Dans sa détermination du 14 juin 2011, l'intimé a confirmé sa position et conclu au rejet du recours. Les éléments apportés par le recourant, et en particulier le rapport médical de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 14 avril 2011, ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. En effet, ce rapport n'apportait aucun élément objectif susceptible d'être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail et de contredire son appréciation médicale, basée sur l'expertise rhumatologique à laquelle il fallait reconnaître pleine valeur probante. À ce titre, l'aggravation de l'état de santé mentionné, qui remonterait au printemps 2010, reposait uniquement sur des données subjectives et n'avait été allégué ni durant la procédure d'instruction, ni durant la phase d'audition suite au projet de décision du 14 juillet 2010, de sorte que l'audition du médecin traitant par la Cour, en l'absence d'éléments de preuve cliniques ou radiologiques, ne

permettrait pas de remettre en cause la décision attaquée. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits pertinents se sont réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle du 6 octobre 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date. Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit 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. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (cf. art. 29ter RAI). a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). a) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). b) S'agissant des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). c) Le juge ne s'écarter 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). d) 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). En l'espèce, suite à l'arrêt du TCAS du 15 juillet 2009 ( ATAS/927/2009 ), l'OAI a mis en œuvre une expertise. Dans son rapport d'expertise du 22 février 2010, le Dr G\_\_\_\_\_ - après avoir examiné le patient à deux reprises et en tenant notamment compte du dossier de l'expertisé et de deux nouvelles IRM pratiquées le 23 novembre 2009 - a considéré que le recourant souffrait de lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, sur une hernie discale L5-S1 comprimant S1 droite, depuis mai 2003. Sur le plan physique, procédant à une comparaison par rapport aux analyses pratiquées en 2003 et 2004, l'expert en rhumatologie a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé antérieurement décrit par les différents praticiens appelés à se prononcer. Le recourant présentait dès lors une incapacité de travail de l'ordre de 100 % dans l'activité antérieure de maçon, dans la mesure où il lui était impossible de porter des charges de plus de 5 kg, qu'il devait éviter les mouvements en flexion ou en rotation du rachis, qu'il devait pouvoir changer régulièrement de position - pas plus de 45 minutes en position assise ou debout -, qu'il ne pouvait plus monter ou descendre d'une échelle ou d'un échafaudage. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, l'expertisé présentait en revanche une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %. Sous la plume de son conseil, le recourant allègue, en se basant notamment sur les rapports de la Dresse B\_\_\_\_\_, que sa capacité de travail résiduelle s'élève au maximum à 50 % dans une activité adaptée. Il considère qu'il ressort en particulier du rapport de son médecin traitant du 14 avril 2011, que son état de santé s'aggrave, depuis une année. Cette aggravation se traduit par une recrudescence des rachialgies chroniques avec, en particulier au niveau cervical, des blocages itératifs. Dans ce contexte, compte tenu du diagnostic de son médecin traitant et de son évolution, sa capacité de travail doit être reconsidérée; elle ne doit pas excéder 50 %, dans une activité adaptée. Il considère également que l'expertise ne revêt pas valeur probante, dans la mesure où elle ne tient pas compte d'une aggravation de son état de santé, malgré les plaintes exprimées, et qu'elle se fonde sur les résultats en atelier professionnel.

Or, selon le recourant, l'appréciation de PRO entreprise aurait elle-même été contestée par le TCAS dans son arrêt du 15 juillet 2009, de sorte que la diminution de rendement de 20 % n'est pas fiable, ni même conforme à la situation actuelle, en ce sens déjà que les mesures professionnelles ont été ordonnées en 2007. En l'occurrence, si, dans son dernier rapport, la praticienne consultée par le recourant fait état de limitations fonctionnelles importantes, elle ne précise pas la teneur desdites limitations et n'explique pas en quoi l'état de santé de son patient s'est aggravé de manière significative depuis une année; elle se contente d'indiquer que l'état de santé du recourant "semble" s'aggraver. Elle ne mentionne pas non plus d'élément objectif nouveau ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Elle fait état d'une aggravation sans expliquer en quoi elle consiste et pourquoi la capacité résiduelle de son patient doit être évaluée à 50 % au maximum. Il ne ressort d'ailleurs pas des dernières IRM, réalisées fin 2009, d'aggravation significative de l'état de santé de l'intéressé. La Dresse B\_\_\_\_\_ ne pose aucun diagnostic précis en faveur d'une aggravation, de sorte que son appréciation n'emporte pas la conviction de la Cour de céans au degré de la vraisemblance prépondérante. En ce qui concerne la valeur probante de l'expertise, il sied de relever qu'après un résumé médical du dossier, l'expert a procédé à une anamnèse du cas et pris en compte les antécédents personnels. L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'expertisé. Examinant les atteintes à la santé dont souffre le recourant, le Dr G\_\_\_\_\_ pose un diagnostic clair et décrit de manière précise aussi bien les limitations fonctionnelles que la capacité de travail de l'intéressé. Force est ainsi de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise qui a fait l'objet d'une étude fouillée, se fonde sur des examens complets - notamment radiologiques - prend en compte les plaintes exprimées par la personne examinée. Le rapport est établi en pleine connaissance de l'anamnèse, les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont motivées. Ainsi, cette expertise qui est convaincante répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui voir attribuer valeur probante. Elle est par ailleurs confirmée par tous les avis médicaux des SMR, de sorte que la Cour de céans se rallie aux conclusions de l'expert et admet que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun argument sérieux qui pourrait mettre en cause la valeur probante de l'expertise. S'il fait certes état d'une aggravation de son état de santé, il ne parvient pas à établir de manière objective que la situation s'est péjorée de manière significative. À ce titre, la Cour de céans rappellera que le rapport dont il se prévaut dans sa dernière écriture, postérieur à la décision dont est recours, n'explique pas en quoi ses limitations fonctionnelles ont une répercussion sur sa capacité de travail de 50 % au moins. Quant à l'allégation selon laquelle l'intimé n'a pas investigué à satisfaction de droit d'éventuels troubles psychiques auxquels l'expert fait allusion, elle ne lui est d'aucun secours. En effet, si l'expert estime que les autres plaintes décrites par le recourant restent purement descriptives et ne peuvent pas être mises en relation avec une pathologie précise, il ne fait que supposer l'origine psychologique des symptômes décrits, sans jamais faire état d'un quelconque indice en faveur d'une pathologie psychiatrique. Ainsi, dans la mesure où il n'y a pas d'élément en faveur d'une atteinte à la santé psychique, ni dans l'expertise, ni dans les rapports du médecin traitant, c'est à juste titre que l'intimé ne s'est pas penché plus avant sur cette question. D'ailleurs, l'expert n'a proposé aucun traitement psychopharmacologique, ni de prise en charge psychologique ou psychiatrique spécialisée et a considéré que la prise en charge par le rhumatologue traitant était juste et pertinente. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu de procéder à une instruction concernant l'état de santé psychique du recourant et que c'est à juste titre que l'intimé a

retenu, à l'instar de l'expert, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %. La Cour de céans se ralliera aux conclusions de l'expert. Le recourant fait également grief à l'intimé d'avoir retenu un abattement de 15 %. De son point de vue, la réduction du revenu d'invalidé devrait, dans son cas, être portée à son maximum de 25 % pour tenir compte de son âge, de son absence de formation, de sa connaissance lacunaire de la langue française, de son éloignement du milieu professionnel depuis plusieurs années et de ses importantes limitations fonctionnelles. Il s'agit dès lors de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé n'a pas retenu la quotité maximum au titre de l'abattement. Selon la jurisprudence, 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. La réduction des salaires statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, 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 des assurances sociales 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). 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. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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'œuvre (ATFA non publié I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). En l'occurrence, l'intimé, compte tenu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible, a opéré une réduction du revenu d'invalidé de 15 % selon l'approche pluridisciplinaire. Il sied de relever que le recourant, âgé de 48 ans en 2004, était encore jeune (ATFA non publié I 471/05 du 11 mai 2006, consid. 3.2). La réduction de 15 % appliquée par l'intimé n'apparaît donc pas critiquable. Elle tient compte de manière appropriée des effets de l'absence prolongée de l'assuré du marché du travail et de ses limitations fonctionnelles (ATF non publié

9C\_673/2010 du 31 mars 2011, consid. 4.1 et 4.2). Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un abattement de 15 %. Enfin, pour la comparaison des gains, l'intimé a retenu l'année 2004, année d'ouverture du droit à la rente. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que la détermination du degré d'invalidité du recourant n'appelle pas d'autre commentaire. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a alloué un quart de rente en faveur du recourant. Aussi, le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant, qui succombe, est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr., la procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.