

GE_GERICHTE A/90/2013 vom 10. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_90_2013

FR: GE_GERICHTE A/90/2013 du 10 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/90/2013 del 10 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1953, a travaillé en qualité de couvreur pour l'entreprise X _____ SA (anciennement Y _____ SUCC.) de 1981 jusqu'à un accident de travail en date du 30 janvier 2003, lors duquel il s'est tordu la cheville gauche en chutant dans un escalier. [endif]>[if> 2. Les suites de cet événement, marquées par trois interventions médicales et une incapacité de travail totale de plusieurs mois, ont été prises en charge par la SUVA. [endif]>[if> 3. Le 4 septembre 2003, l'assuré a formé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé). [endif]>[if> 4. Dans un rapport du 8 mai 2005, le Dr L _____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que les trois interventions chirurgicales réalisées sur le pied gauche n'avaient pas amélioré la symptomatologie douloureuse et que les possibilités chirurgicales d'améliorer la situation avait été épuisées et que partant, il existait un dommage permanent. Le Dr L _____ a considéré que la capacité de travail était nulle dans le métier d'étancheur, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (marche sans cannes impossible, d'où des contraintes accrues pour toute activité en position debout). [endif]>[if> 5. Le 24 juin 2005, le Dr M _____, médecin SMR et rhumatologue FMH, a effectué un examen clinique rhumatologique de l'assuré. Dans le rapport rendu le 4 août 2005 à la suite de cet examen, le médecin a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : [endif]>[if> - Douleurs chroniques de l'avant-pied gauche dans un contexte de non-consolidation osseuse d'une arthrodèse naviculo-cunéiforme gauche avec remaniement dégénératif. [endif]>[if> - Lombalgies chroniques avec discopathies L4-L5 et troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés, importants au niveau de L3-L4. [endif]>[if> - chondropathie rotulienne prédominant à gauche. [endif]>[if> Il a estimé en revanche que les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : - Gonarthrose bilatérale débutante sur le compartiment fémoro-tibial interne. [endif]>[if> - Atteinte périphérique d'une branche sensitive du nerf radial DDC au niveau du pouce [endif]>[if> - polyneuropathie sensitive débutante aux quatre membres. [endif]>[if> Dans l'appréciation consécutive, le Dr M _____ a indiqué que l'examen clinique du pied avait montré un pied dans un état stationnaire, sans élément inflammatoire. Il a précisé que si la non-consolidation osseuse et le modelé arthrosique étaient bien visibles sur les radiographies, cela n'expliquait pas l'importance des symptômes décrits par l'assuré. Sur le plan des limitations fonctionnelles, ce praticien a retenu les limitations fonctionnelles

suivantes : - Marche limitée à 1 km maximum avec 2 cannes anglaises.!

- Absence de port de charges tant que l'assuré se déplace avec ses 2 cannes.!

- Incapacité à travailler debout car l'assuré doit se stabiliser avec ses cannes.!

- Incapacité de s'accroupir de s'agenouiller, de monter sur un escabeau ou sur une échelle.!

Ainsi, le Dr M_____ a considéré qu'il existait une incapacité de travail totale depuis le 30 janvier 2003 dans l'activité habituelle d'étancheur-couvreur, mais que dans une activité adaptée, à savoir avec une majorité du temps passé en station assise et sans port de charges, la capacité de travail était de 100% depuis la date d'une consultation post-opératoire remontant au 17 octobre 2003.

6. Par avis du 23 août 2005, le SMR a considéré que l'exigibilité d'un travail à 100% dans une activité adaptée pouvait être fixée à la date marquant le début de l'aptitude de l'assuré à la réadaptation, soit le 17 octobre 2003. Il a cependant ajouté qu'au vu de la discordance entre l'importance des plaintes et les atteintes médicalement objectivées, il fallait s'attendre à ce que cette capacité de travail de 100% dans une activité adaptée fût difficile à mettre en valeur dans la pratique, pour des raisons non médicales.!

7. Le 26 janvier 2006, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré sur la base des informations fournies par l'employeur que le revenu annuel sans invalidité actualisé en 2004 (année du droit) s'élevait à 68'731 fr. Pour le revenu d'invalidité, elle s'est fondée sur l'ESS, TA1 (30-32 – Fabrication d'équipements électriques, mécanique de précision, niveau 4, total) en estimant que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'672 fr., soit 38'754 fr. sous déduction d'un abattement de 25% motivé par des douleurs chroniques au pied et aux genoux, la nécessité, induite par les lombalgies, d'alterner les positions ainsi qu'une légère perte de rendement dans des activités manuelles en raison de l'hypoesthésie bilatérale des pouces (due à l'utilisation des cannes). Ainsi, le taux d'invalidité a été fixé à 44% : $(68'731 - 38'754) \times 100 / 68'731 = 43,61\%$, arrondis à 44%.!

8. Par décision du 7 mars 2006, l'OAI a considéré qu'à l'issue de la période d'attente d'une année, soit le 30 janvier 2004, l'assuré aurait pu être mis au bénéfice d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 44%, puisqu'il était théoriquement réadaptable dès le 17 octobre 2003 selon l'avis du SMR du 23 août 2005. L'OAI s'est toutefois distancié de cette dernière appréciation en estimant que l'état de santé de l'assuré ne s'était stabilisé qu'en mai 2005. Considérant qu'il y avait ainsi amélioration de l'état de santé dès mai 2005, il a octroyé à l'assuré une rente entière à partir du 1 er janvier 2004. Se référant au règlement sur l'assurance invalidité, il a rappelé qu'il était nécessaire que cette amélioration ait duré trois mois pour diminuer le droit aux prestations. Partant, le terme du droit à une rente entière a été fixé au 31 août 2005 et le début du quart de rente au 1 er septembre 2005.!

9. Par courrier du 27 mars 2006, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a formé opposition à la décision du 7 mars 2006 et demandé à être mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.!

10. Par décisions des 29 juin et 2 octobre 2006, l'OAI a déclaré prendre en charge les frais inhérents à un stage du 17 juillet au 15 octobre 2006, respectivement une prolongation de celui-ci, dans une activité industrielle légère au sein de l'entreprise sociale privée PRO (ci-après l'entreprise), précisant que ces prestations étaient accordées dans le cadre de mesures d'orientation et de réentraînement au travail.!

11. Dans un rapport du 17 novembre 2006, l'entreprise a indiqué que durant les trois premiers mois de son stage, l'assuré avait travaillé à 50% et que la tentative d'augmenter progressivement son taux d'activité à partir du 16 octobre 2006 avait tourné court en raison d'une hospitalisation à la Clinique de Montana pour des troubles d'ordre physique et psychique. L'entreprise a précisé que l'assuré devait

pouvoir travailler assis et se lever régulièrement (environ une fois par heure) pour faire quelques pas, qu'il ne pouvait pas travailler debout car il devait s'appuyer sur ses cannes. S'agissant des trois premiers mois de stage effectués à 50%, l'entreprise a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs dans le dos, la jambe et le pied gauche, mais qu'il estimait celles-ci supportables, étant donné qu'il ne travaillait qu'à 50% et qu'il s'allongeait chez lui l'après-midi. En revanche, lorsque son taux d'activité a été augmenté d'une heure par jour dès le 16 octobre 2006, il a déclaré qu'il n'était pas en mesure de supporter cinq heures de travail par jour, que des douleurs remontaient le long de la colonne jusque dans la nuque. L'entreprise a ajouté que l'assuré avait été absent dès le 23 octobre 2006 suite à un blocage du dos et qu'en accord avec l'OAI, elle avait mis un terme à son stage avec effet au 31 octobre 2006, compte tenu de l'absence de date concernant son éventuel retour. En conclusion, elle a considéré qu'il était utile de reprendre un réentraînement au travail une fois l'état de santé de l'assuré amélioré. Elle a précisé qu'une augmentation du taux d'activité poserait probablement des difficultés car l'assuré s'était plaint de ne pas pouvoir travailler à plus de 50%. Aussi l'entreprise a-t-elle estimé que pour qu'un placement en entreprise fût une réussite, il était sans doute préférable de le faire à 50%, d'autant qu'à ce taux, l'assuré avait fait preuve de bonne volonté et démontré ses capacités à accomplir une activité adaptée à ses limitations.!

12. Dans un rapport du 29 novembre 2006, la clinique de Montana a posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations (F.33.3) avec les comorbidités suivantes :

- Syndrome métabolique avec
- o HTA
- o Hypercholestérolémie
- o Obésité de stade 2
- Dyspepsie
- Acouphène à gauche (depuis accident en 2003)
- Lésion au plexus brachial par compression
- Dorso-lombo-sciatalgies (M 54.6 / M 54.4)

13. Dans un rapport du 18 décembre 2006, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué qu'au vu de l'arrêt des mesures de réentraînement au travail pour aggravation de la problématique dorsale, il y avait lieu de clore le mandat de réadaptation et d'instruire à nouveau le problème auprès du Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant.

14. Dans un rapport intermédiaire du 9 janvier 2007 à l'OAI, le Dr N_____ a indiqué qu'il y avait une aggravation de l'état dépressif depuis quelques mois. À cet égard, il s'est référé au rapport du 29 novembre 2006 de la clinique de Montana. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin a renvoyé au rapport de l'entreprise du 17 novembre 2006 tout en précisant que la capacité de travail de l'assuré était nulle « pour le moment ».

15. Le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué dans un rapport des 15 et 16 février 2007 à l'OAI que les dorso-lombo-sciatalgies étaient présentes depuis 1996 avec une aggravation en 2003 et que l'épisode dépressif moyen était apparu en 2006. Il a précisé que l'assuré avait commencé à se sentir fatigué dès l'été 2006 et que son état dépressif s'était aggravé après avoir constaté qu'il n'était pas en mesure d'atteindre le rendement espéré lors du stage en entreprise. Le Dr O_____ a rappelé que cet état dépressif et le blocage du dos, circonstances qu'il a qualifiées de « nouvelles », n'avaient pas permis à l'assuré de continuer son stage. Il a cependant précisé que même si les problèmes dépressifs pouvaient être considérés comme une maladie intercurrente n'entraînant pas d'incapacité de travail de longue durée, ils avaient eu une influence sur l'arrêt de travail à l'entreprise PRO. Il a ajouté que si du point de vue psychique une amélioration était probable, il n'en allait pas de même des affections antérieures. En conséquence, le Dr O_____ a indiqué qu'un travail en

atelier, avec alternances des positions debout/assis, était exigible à raison de 4 heures par jour. Pour le surplus, il a renvoyé au rapport de l'entreprise PRO du 17 novembre 2006.![endif]>![if> 16. Dans un rapport du 29 janvier 2007, le Prof. P _____, spécialiste FMH en médecine nucléaire a examiné le pied gauche de l'assuré par scintigraphie osseuse partielle avec perfusion. Il a indiqué que si l'examen effectué n'avait pas permis de mettre en évidence de pseudarthrose naviculo-cunéiforme, il avait révélé un foyer hyperactif intense de la région péri-articulaire tarso-métatarsienne du 1 er rayon à mettre en relation avec une surcharge mécanique de cette articulation. ![endif]>![if> 17. Par avis du 6 mars 2007, le SMR a considéré que les critères d'un épisode dépressif moyen tels que définis par la classification CIM-10 n'étaient pas réunis, et qu'il convenait d'admettre l'existence d'un épisode dépressif léger, conformément aux critères de cette classification, ce d'autant que le Dr O _____ avait mentionné lui-même que l'épisode dépressif de l'assuré était une maladie intercurrente qui ne provoquait pas d'incapacité de travail de longue durée. En conséquence, le SMR a reconnu une incapacité de travail totale du 1 er novembre 2006 au 22 février 2007 pour un épisode dépressif, lequel s'était amélioré à la faveur d'un traitement et d'une prise en charge psychiatrique. Aussi a-t-il considéré que cette affection n'était actuellement plus la cause d'une incapacité de travail. Le SMR a ajouté que depuis fin février 2007, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale étaient identiques à celles définies dans son rapport du 23 août 2005.![endif]>![if> 18. Par certificat du 15 mars 2007, le Dr N _____ a indiqué qu'en date du 23 octobre 2006, l'assuré l'avait consulté en urgence pour une lombosciatalgie avec blocage complet du dos. Il a ajouté que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration de la région lombo-sacrée et qu'au vu de son état physique et psychique, un certificat d'arrêt de travail lui avait été délivré du 23 octobre au 31 octobre 2006 et que celui-ci avait été prolongé jusqu'à son admission à la clinique de Montana le 6 novembre 2006.![endif]>![if> 19. Par décision sur opposition du 12 avril 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 7 mars 2006.![endif]>![if> 20. En date du 16 mai 2007, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, d'un recours contre la décision sur opposition du 12 avril 2007.![endif]>![if> 21. Par avis du 22 juin 2007, le SMR a considéré que ni le certificat du Dr N _____, ni le rapport de scintigraphie osseuse du Prof. P _____ ne comportaient d'éléments nouveaux et qu'ils ne rendaient plausibles aucun changement de l'état de santé de nature à modifier le droit aux prestations.![endif]>![if> 22. Dans le rapport médical qui a fait suite à l'examen « final » du 4 octobre 2007, le Dr L _____ a indiqué au sujet de la colonne vertébrale de l'assuré que si celui-ci pouvait se tenir en appui sur le membre inférieur droit pendant une brève période, on constatait alors une position vertébrale anormale avec une attitude scoliotique lombaire à convexité gauche et une compensation dorsale. Il a par ailleurs estimé qu'en prenant en compte l'ensemble des troubles à la santé de l'assuré, sa capacité de travail était nulle, quel que soit le métier considéré et qu'elle le resterait. Il a précisé que cette appréciation était basée sur l'observation de multiples troubles de la santé dont les effets délétères s'additionnent et qu'elle était corroborée par le stage au sein de l'entreprise PRO. Il a ajouté que même dans un travail effectué en position assise, il y avait lieu de constater que l'assuré présentait d'importantes limitations en termes de temps et de rendement et que dès lors, il était impossible d'envisager une activité dans un poste de travail réel. Le Dr L _____ a cependant estimé qu'il n'y avait pas de changement dans l'évaluation du « dommage permanent ».![endif]>![if> 23. Par avis du 11 mars 2008, le SMR a considéré que l'évaluation du Dr L _____ n'était pas déterminante, car ce médecin avait pris en

compte des éléments qu'il n'avait « même pas examinés (par ex. colonne et état dépressif) et que le trouble psychique avait été reconnu comme temporaire.![endif]>![if> 24. Par arrêt du 16 octobre 2007, le TCAS a annulé les décisions des 7 mars 2006 et 12 avril 2007 et invité l'OAI à mettre l'assuré au bénéfice de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 25. Dans un rapport du 14 mars 2008 rendu à la demande de la SUVA, le Dr Q _____, spécialiste FMH en chirurgie a indiqué que l'événement du 30 janvier 2003 se résumait à la torsion de la cheville gauche, précisant que les radiographies de la cheville gauche n'avaient pas révélé de lésion traumatique. Il a ajouté que l'arthrodèse naviculo-cunéiforme n'avait été réalisée qu'en raison d'une arthrose préexistante, apparemment décompensée, et que la pseudarthrose avait rendu nécessaire deux autres opérations. Il a également indiqué que le pied présentait une malformation antérieure à l'accident (synostose calcanéonaviculaire). Le Dr Q _____ a retenu, scintigraphie à l'appui, que l'arthrodèse était actuellement guérie et que d'un point de vue orthopédique, il n'y avait de substrat adéquat ni pour les douleurs alléguées, ni pour l'utilisation permanente de béquilles. Il a estimé qu'en considérant uniquement les conséquences que l'accident avait entraînées pour le pied gauche, un travail à plein temps, exécuté principalement en position assise était exigible sans diminution de rendement. Le Dr Q _____ a également considéré qu'il n'était pas possible de se fonder sans réserves sur l'appréciation d'ensemble du Dr L _____ du 4 octobre 2007 en l'absence de données orthopédiques et neurologiques nouvelles (abstraction faite des problèmes d'ordre psychique). Il a ajouté que les seules conséquences de l'accident consistaient dans des atteintes au pied gauche et aux tunnels carpiens et que le « reste » relevait de la maladie. Selon le Dr Q _____, il est clair qu'au moment de l'accident du 30 janvier 2003, ni la tête, ni le dos n'ont été touchés. Il a ajouté que l'assuré était en traitement depuis de nombreuses années pour ses lombalgies de nature dégénérative et qu'une aggravation de celles-ci par l'utilisation – au demeurant inappropriée – des béquilles était peu vraisemblable.![endif]>![if> 26. Par courrier du 4 avril 2008, le Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM) a convoqué l'assuré en vue de la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.![endif]>![if> 27. Par acte du 22 avril 2008, l'assuré a saisi le TCAS d'un recours pour déni de justice, motif pris que l'OAI avait privilégié la réalisation d'une expertise médicale à la mise en œuvre des nouvelles mesures de réadaptation ordonnées par arrêt du TCAS du 16 octobre 2007.![endif]>![if> 28. Par arrêt du 17 juin 2008, le TCAS a donné acte à l'OAI de son engagement à confier un mandat de réadaptation aux EPI en vue d'effectuer une observation professionnelle du recourant, ce en partant d'un taux d'activité de 50%.![endif]>![if> 29. Dans leur rapport d'observation du 12 novembre 2008, les EPI ont considéré que l'assuré pouvait être réadapté en tant qu'ouvrier à l'établissement travaillant en position assise avec « possibilité d'alternances ». Ils ont précisé qu'en travaillant à mi-temps, le rendement de l'assuré était de 80 à 100%.![endif]>![if> 30. Par communication du 28 novembre 2008, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il remplissait les conditions d'octroi d'une orientation professionnelle. Il était précisé que cette mesure se déroulerait au sein de l'atelier APAIL des EPI du 1^{er} décembre 2008 au 15 mars 2009 et comprendrait une augmentation par paliers (de 10% chacun) du taux d'activité initial de 60%, au début, à 100% à partir du 16 février 2009.![endif]>![if> 31. Par communication du 16 janvier 2009 à l'OAI, la réadaptatrice a mentionné que l'assuré avait travaillé, comme prévu, à 70% depuis le 5 janvier 2009, mais qu'il ne s'était plus présenté à sa place de stage à compter du 12 janvier 2009, suite à un blocage du dos. Pour justifier son absence, l'assuré

avait produit divers certificats.![endif]>![if> 32. Le 17 février 2009, l'assuré a repris son stage aux EPI à 50%. ![endif]>![if> 33. Dans un rapport intermédiaire du 26 février 2009 à l'OAI, le Dr N_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis quelques mois sous la forme d'un état dépressif, justifiant l'introduction d'un traitement médicamenteux et la prise en charge par le Dr O_____. ![endif]>![if> 34. Dans leur rapport du 22 avril 2009, les EPI ont mentionné que l'objectif d'augmentation progressive du taux d'activité n'avait pas été atteint en raison d'un taux d'absentéisme élevé lié à plusieurs blocages du dos. Ils ont ajouté qu'il n'avait pas été possible d'observer l'assuré au-delà d'une activité à mi-temps dans laquelle il avait réalisé un rendement de 50%. Aussi les EPI ont-ils proposé à l'OAI une évaluation théorique sur dossier.![endif]>![if> 35. Dans un rapport intermédiaire du 8 juin 2009, le Dr O_____ a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, sans changement dans les diagnostics, qu'il existait une incapacité de travail totale dans l'activité de couvreur et de 50% dans un travail adapté « dès maintenant », référence étant faite au status post-accident du pied gauche, aux dorso-lombo-sciatalgies et à l'épisode dépressif moyen. Il a également rappelé que la tentative de travailler à plus de 50% aux EPI avait provoqué des blocages de la colonne vertébrale.![endif]>![if> 36. Mandaté par l'OAI, le Centre d'expertise médicale des EPI a rendu un rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique en date du 15 décembre 2009. Alors que le volet rhumatologique a été confié au Dr R_____, spécialiste FMH en orthopédie, l'appréciation psychiatrique a été traitée par la Dresse S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.![endif]>![if> Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, les experts ont recueilli ses plaintes. Dans ce contexte, ce dernier a indiqué que les douleurs au niveau lombaire étaient apparues à la suite d'une chute accidentelle en 1996. À l'issue de l'examen clinique, les experts ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : - Douleur au pied gauche![endif]>![if> o arthrodèses itératives de l'articulation astragalo-scaphoïdienne du 1^{er} rayon et arthrodèse scapho-cunéenne du 2^{ème} rayon à gauche.![endif]>![if> o Surcharge pondérale.![endif]>![if> - Lombalgies chroniques sur![endif]>![if> o troubles dégénératifs secondaires à une maladie de Scheuermann.![endif]>![if> o Spondylose L3![endif]>![if> - « Diagnostic » dépressif moyen (F31.1).![endif]>![if> - Trouble panique (F41.0).![endif]>![if> En revanche, les experts ont considéré que les troubles suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : - Obésité.![endif]>![if> - Hypertension artérielle.![endif]>![if> - Périarthrite de la hanche droite.![endif]>![if> - Gonarthrose et coxarthrose bilatérales débutantes.![endif]>![if> Dans l'appréciation du cas qui s'ensuit, les experts considèrent que sur le plan orthopédique, les problèmes se situent essentiellement au niveau lombaire et sont très certainement antérieurs aux problèmes accidentels survenus. Selon les plaintes de l'assuré. Ils précisent que la spondylose, en l'occurrence de L3, est un trouble d'origine inconnue qui survient durant l'enfance ou l'adolescence et qui peut rester asymptomatique la vie durant, mais aussi, devenir douloureux suite à un traumatisme même mineur. Ils ajoutent que cette affection rare peut également engendrer des phénomènes douloureux aigus qui sont le plus souvent transitoires. S'agissant de la maladie de Scheuermann, il est précisé qu'il s'agit d'une maladie restant le plus souvent asymptomatique, mais qui peut entraîner des épisodes de lombalgies aiguës transitoires. Dans le cas de l'assuré, cette maladie a évolué vers des troubles dégénératifs lombaires qui peuvent expliquer les épisodes de lombalgies. Les experts précisent en outre que les douleurs décrites par l'assuré ont entraîné un syndrome dépressif réactionnel, actuellement mal contrôlé par un traitement

médical insuffisant. Les experts considèrent qu'une amélioration de la capacité de travail n'est pas possible dans l'activité d'étancheur-couvreur où l'assuré présente une incapacité de travail complète depuis le 31 janvier 2003, mais que les stages de réadaptation professionnelle ont démontré l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans l'industrie légère, étant précisé que la durée du travail est limitée en raison des problèmes douloureux au niveau lombaire lorsqu'une position assise prolongée est maintenue. Les experts estiment ainsi que dans une activité adaptée, la capacité de travail est actuellement de 4 heures par jour sans diminution de rendement. La Dresse S_____ précise dans le volet psychiatrique de l'expertise qu'il existe une réduction de la capacité de travail de l'assuré à 50% depuis fin 2006, début 2007, compte tenu de l'état dépressif prolongé de ce dernier. Cela étant, les experts sont d'avis qu'il existe un potentiel d'amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée moyennant recours à des chaussures munies de barres de déroulement et ajustement du suivi psychiatrique (augmentation de l'antidépresseur ou changement de molécule). Ils estiment que par ce biais, et sous réserve d'absentéisme pour des épisodes douloureux du rachis lombaire, il devrait être possible d'augmenter progressivement la capacité de travail à concurrence de 100% six à neuf mois après l'instauration d'un traitement antidépresseur mieux adapté. 37. Par entretien téléphonique du 7 janvier 2010, l'épouse de l'assuré a annoncé à l'OAI que son mari allait débiter une activité à mi-temps chez PRO entreprise sociale privée, à partir du 11 janvier 2010.![endif]>![if> Il ressort du contrat de travail que l'assuré est mis au bénéfice d'un « emploi protégé », qu'il est affecté au département « X_____ » et que la rémunération convenue s'élève à 7 fr. 50 brut par heure. 38. Par avis du 4 août 2010, la Dresse T_____ a considéré que « nous ne pouvons pas admettre que cet assuré présente une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'un trouble dépressif réactionnel à des douleurs liées à une affection somatique bien documentée ». Elle a estimé qu'il y avait dès lors une discordance dans cette expertise puisque les experts retenaient une incapacité de travail totale tout en relevant que l'assuré était capable de mobiliser ses ressources dans des activités adaptées à ses douleurs. Par ailleurs, la Dresse T_____ a ajouté qu'elle ne pouvait pas suivre les conclusions des experts dans la mesure où le code F31.1 ne correspond pas à un trouble dépressif réactionnel, mais à un trouble affectif bipolaire. En conclusion, elle a estimé qu'il convenait de demander un nouveau rapport médical au médecin traitant afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré et cas échéant la mise en place d'une nouvelle observation ou de mesures de réinsertion.![endif]>![if> 39. Dans un rapport du 16 août 2010 à l'OAI, le Dr N_____ a indiqué qu'il ne s'occupait que de la pathologie métabolique et cardiovasculaire de l'assuré – actuellement « équilibrée » – et que partant, les experts, qui étaient en possession de l'ensemble du dossier médical, étaient mieux à même de porter un jugement sur l'évolution de son état de santé, compte tenu de ses nombreuses affections. Enfin, il a ajouté que le seul rapport qui lui était parvenu concernait une coloscopie effectuée le 5 août 2010 par le Dr U_____![endif]>![if> 40. Dans un rapport intermédiaire du 6 septembre 2010 à l'OAI, le Dr O_____ a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le 30 janvier 2003, sans changement dans les diagnostics et sans amélioration. S'agissant de l'influence des troubles sur la capacité de travail, il a renvoyé à son rapport du 15 février 2007 et estimé que l'assuré présentait actuellement une capacité de travail de 50% dans un travail léger. Enfin, le Dr O_____ a émis un pronostic moyen à mauvais.![endif]>![if> 41. Dans un rapport du 21 mars 2011, l'entreprise PRO a informé l'OAI que l'activité actuelle de l'assuré en atelier

protégé se déroulait de 8 heures à 12 heures, cinq jours par semaine et consistait dans des travaux de conditionnement soignés, simples et répétitifs pour les clients de l'entreprise dans le domaine des cosmétiques (désemballage, positionnement des produits sur des tables, étiquetage, préparation de trousseaux d'échantillons etc.). L'entreprise a précisé que l'assuré se déplaçant avec des béquilles et travaillant assis, il n'était pas en mesure de participer aux tâches de manutention ou de mise en palette des cartons. Enfin, elle a fait état de 13 absences pour des raisons de santé entre avril 2010 et mars 2011, la plupart de ces absences n'ayant pas duré plus d'un jour.!

42. Par avis du 16 septembre 2011, le SMR a estimé qu'il était toujours insuffisamment renseigné sur la capacité de travail sur le plan somatique. Aussi a-t-il proposé une nouvelle expertise.!

43. À la demande de l'OAI, le Dr V _____, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu une expertise en date du 30 décembre 2011. !

Dans le cadre de l'anamnèse, le Dr V _____ note que selon l'assuré, les dorso-lombalgies sont présentes depuis 1996, suite à une chute du haut d'un échafaudage et qu'il existe des douleurs du rachis permanentes depuis lors « avec sur ce fond de douleurs parfois des blocages itératifs ». L'expert ajoute que l'assuré estime présenter ainsi deux à trois blocages par an, nécessitant alors des infiltrations effectuées par son médecin traitant, le Dr N _____, ou, depuis la retraite de ce dernier, par le Dr W _____. Évoquant les plaintes de l'assuré, le Dr V _____ indique que par ordre d'importance subjective, l'assuré se plaint de dorso-lombalgies, de douleurs au pied gauche, d'un manque de force des deux pouces, de gonalgies bilatérales et de douleurs fluctuantes à la hanche droite. Ainsi l'assuré estime que son état s'est aggravé, singulièrement depuis 2009, non pas tant en raison de la situation du pied gauche, qui reste stable, mais de la hanche droite et des dorso-lombalgies. Après l'établissement du status et l'analyse du dossier radiologique, le Dr V _____ a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Douleurs chroniques au pied gauche (M1907)!
- o Status après arthrodèse naviculo-cunéiforme du 1^{er} rayon à gauche!
- (11.08.2003, février 2004 et août 2004)
- o Status après arthrodèse scapho-cunéenne du 2^{ème} rayon gauche.!
- Lombalgies chroniques (M4785) ;!
- o troubles dégénératifs étagés.!
- o Discopathies L4-L5!

En revanche, l'expert a considéré que les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail :

- État dépressif au décours (F320)!
- Gonarthrose bilatérale débutante interne (M170)!
- Syndrome métabolique avec hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité!
- Coxarthrose bilatérale débutante (M160)!
- Polyneuropathie sensitive distale!
- Goutte anamnestique!
- Périarthrite de hanche droite!
- Tinnitus!

Dans l'appréciation du cas qui s'ensuit, le Dr V _____ indique au sujet des dorso-lombalgies que s'il existe bien des troubles dégénératifs étagés tant au niveau dorsal que lombaire avec discopathies étagées, arthrose postérieure et cunéiformisation des vertèbres à la jonction dorso-lombaire, il n'en demeure pas moins que l'examen neurologique est sans argument en faveur d'une atteinte irritative, déficitaire, plexulaire ou radiculaire. Aussi considère-t-il que l'importance des plaintes n'est que partiellement comprise par le substrat organique principalement radiologique. Il considère également qu'il est tout à fait possible que l'assuré puisse présenter des épisodes de blocage aigu. Cela étant, l'expert estime que vraisemblablement, la symptomatologie échappe au domaine médical en grande partie. Concernant le pied gauche, l'expert est d'avis que la situation est stable, sans modification, avec restriction du périmètre de marche à environ

150 mètres ainsi que la nécessité alléguée de se déplacer avec deux cannes et ce, pour des raisons « peu claires ». Il ajoute que l'examen du pied est rassurant, sans tuméfaction ou signe d'une algo-neuro-dystrophie. Il précise que les douleurs au repos n'ont pas d'origine précise et que l'intensité des douleurs évoquées à la marche est relativement « opaque ». Sur le plan des limitations fonctionnelles, l'expert rappelle que s'il est unanimement admis que compte tenu des atteintes multiples de l'appareil locomoteur (en particulier le status après double arthrodèse du pied gauche et les dorso-lombalgies), l'activité d'étancheur-couvreur n'est plus exigible depuis l'accident du 30 janvier 2003, il estime qu'il existait toujours une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée tenant compte de cette double pathologie, à savoir une limitation du port de charges, un périmètre de marche limité, des difficultés à travailler debout, une incapacité à travailler accroupi, à genoux, à monter sur un escabeau ou sur une échelle. L'expert rappelle à cet égard que ces limitations ont été confirmées lors de l'examen rhumatologique du 4 août 2005. Il considère que depuis lors, il n'y a pas eu réellement d'aggravation de la situation, d'autant qu'il n'est pas rapporté de complications. Il considère au contraire que la situation du pied gauche n'a pu que s'améliorer dans la mesure où la consolidation des arthrodèses a été démontrée. S'agissant des lombalgies chroniques, il estime qu'elles sont restées sans modification avec des périodes de blocages aigus. Il ajoute qu'il n'y a pas eu aggravation, notamment sous la forme d'un conflit radiculaire ou d'une claudication neurogène. Quant à l'arthrose des genoux, elle n'a pas évolué de manière significative, étant précisé qu'elle est toujours considérée comme dépourvue d'impact sur la capacité de travail, tout comme la périarthrite de la hanche droite, le syndrome métabolique ou le tinnitus. S'agissant des limitations au plan psychique et mental, l'expert relève qu'il existe un état dépressif avec limitations de la capacité de travail depuis fin 2006 à début 2007. Il rappelle que l'évolution a été décrite comme favorable par la suite, puis stationnaire, et que les troubles dépressifs sont présentés comme réactionnels aux troubles du dos et susceptibles de s'améliorer par traitement. À la lumière de ces éléments et en l'absence d'aggravation démontrée, l'expert considère qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation qui avait été faite par le SMR en 2005. Aussi l'expert retient une capacité de travail à 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée (notamment dans la petite industrie). Il précise que même si les stages d'observation révèlent que l'assuré n'a jamais pu mettre en valeur une capacité de travail de plus de 50%, il n'en reste pas moins que les rapports de stage ne sont pas des expertises médicales et que sur le plan somatique en tout cas, il n'y a pas d'argument médical permettant de d'affirmer que dans une activité adaptée, la capacité de travail ne soit pas complète. Sur un plan psychiatrique, l'expert indique que l'appréciation dépasse le champ de son expertise. Il précise avoir néanmoins exposé « à titre informatif » les plaintes psychologiques actuelles de l'assuré, superposables selon lui à celles figurant dans l'expertise réalisée en 2009. Rappelant que le traitement a été adapté avec augmentation de l'Effexor et que l'assuré reste suivi par le Dr O _____, l'expert considère qu'il n'y a pas eu non plus d'aggravation à cet égard. 44. Par projet de décision du 3 août 2012, l'OAI a considéré qu'au vu des conclusions du Dr V _____ et en l'absence d'aggravation démontrée, il n'y avait pas de raisons de s'écarter de l'appréciation qui avait été faite par le SMR déjà en 2005. Partant, l'OAI a annoncé à l'assuré que sa demande était rejetée, mais qu'il restait au bénéfice d'un quart de rente correspondant à son degré d'invalidité de 44%. 45. Par courrier du 14 septembre 2012, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a fait valoir que depuis la demande de prestations déposée le 4 septembre 2003, il avait tout mis en œuvre pour diminuer son dommage,

notamment en occupant un poste à 50% dans un atelier protégé. Tout en déclarant qu'il souhaitait pouvoir compléter ses objections sur la base des pièces qui n'étaient pas encore en sa possession, il a conclu à l'annulation du projet de décision du 3 août 2012 et à l'octroi d'une rente d'invalidité. 46. Par courrier du 12 octobre 2012, l'assuré a soutenu que les conclusions du Dr V_____ étaient en contradiction non seulement avec les observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation (rendement de 50%), mais aussi avec l'expertise bi-disciplinaire réalisée en 2009 qui concluait à une présence exigible de 4 heures par jour dans une activité adaptée. L'assuré a fait valoir que cette divergence d'appréciation n'était pas motivée par l'expert. 47. Par avis du 6 novembre 2012, le SMR a considéré en substance que les conclusions de l'expertise du Dr V_____ méritaient d'être suivies. 48. Par décision du 22 novembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 août 2012. 49. Par acte du 14 janvier 2013, l'assuré recourt contre la décision du 22 novembre 2012, faisant valoir que le rapport d'expertise du Dr V_____ n'est pas suffisamment complet et clair dès lors qu'il ne tient pas compte des aspects psychiatriques pour lesquels l'expertise bi-disciplinaire du BREM retient une présence exigible de quatre heures par jour et le Dr O_____ une incapacité de travail de 50%. Le recourant reproche également à l'expert ses conclusions en contradiction avec les observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation ainsi que l'absence d'explications permettant de comprendre pourquoi son appréciation est différente de celle des experts de 2009 et des organes chargés de la réadaptation qui ont constaté que le recourant avait effectué l'essentiel de son stage à 50% en raison de nombreux blocages du dos. Le recourant soutient également que les pièces du dossier établissent une aggravation de l'état de santé depuis la décision de l'OAI de mars 2006 qui se basait sur une capacité de travail complète. Il précise à cet égard que le TCAS, dans son arrêt du 17 juin 2008, a retenu que le stage pouvait au maximum être réalisé à 50%. Par ailleurs, le recourant allègue qu'au vu de ses multiples atteintes à la santé et de son âge, aucun employeur ne consentirait objectivement à l'engager et qu'ainsi, en l'absence de capacité de travail exploitable sur le plan économique, il en résulterait une invalidité totale sur le plan professionnel. Subsidiairement enfin, le recourant soutient que pour la comparaison des salaires avec et sans invalidité, il convient de prendre en compte le salaire réalisé chez PRO à titre de revenu avec invalidité et de comparer celui-ci à son salaire d'étancheur, ce qui lui donnerait également droit à une rente entière. À la lumière de ces éléments, le recourant conclut, préalablement, à la réalisation d'une nouvelle expertise ou à un renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le fond, il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 22 novembre 2012 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 50. Par pli du 18 février 2013, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport du 7 février 2013 de la Dresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne. Il a précisé que ce rapport attestait d'une aggravation de l'état de santé dans la continuité des atteintes déjà existantes. Dans le rapport en question, la Dresse D_____ indique que depuis son dernier rapport du 7 septembre 2012, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé sous forme de blocages lombaires survenus à trois reprises (septembre et novembre 2012, début février 2013) nécessitant des arrêts de travail de plusieurs jours et l'augmentation des antalgiques et anti-inflammatoires (Dafalgan, Mydocalm et Irfen). Le médecin ajoute que l'assuré a également présenté une récurrence de périarthrite de la hanche droite, ayant nécessité une infiltration de corticoïde le 26 novembre 2012, ainsi qu'une poussée de gonarthrose bilatérale, prédominant à droite, limitant le périmètre de marche de l'assuré à environ 15 minutes, pour laquelle la praticienne a

réintroduit un traitement antalgique et une cure de Condrosulf-Glucosulf pour trois mois. En conclusion, elle a considéré que ces diverses affections contribuaient à une aggravation de son état de santé. 51. Par avis du 22 février 2013, le SMR a considéré que le rapport du 7 février 2013 de la Dresse D _____ n'était pas propre à établir l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il a précisé que les blocages du dos n'entraînaient qu'une aggravation temporaire de quelques jours à quelques semaines et que les limitations fonctionnelles restaient inchangées. Il a ajouté que les autres pathologies signalées étaient déjà connues de longue date et qu'il n'y avait pas d'élément permettant de conclure à une aggravation durable de l'état de santé ou à une atteinte nouvelle. 52. Par acte du 7 mars 2013, l'intimé soutient que l'expertise du Dr V _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante, contrairement à l'expertise bi-disciplinaire du BREM. À cet égard, l'intimé reproche aux Drs R _____ et S _____ de s'être fondés sur les seuls résultats des stages d'observation professionnels pour établir la capacité résiduelle de travail, ce qui, à ses yeux, est d'autant plus critiquable que les responsables des EPI avaient préconisé eux-mêmes une évolution théorique du dossier pour apprécier la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant. S'agissant du volet psychique, qui ne fait pas l'objet de l'expertise du Dr V _____, l'intimé indique n'avoir eu aucune raison objective d'instruire plus avant cet aspect dès lors qu'il ressort du dossier que le recourant souffre d'un état dépressif réactionnel et qu'un tel trouble n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée. L'intimé en veut notamment pour preuve que le psychiatre traitant du recourant, le Dr O _____, a indiqué dans son rapport du 16 février 2007 que les problèmes dépressifs pouvaient être considérés comme une maladie intercurrente et qu'ils « ne provoquent pas une incapacité de travail de longue durée ». Ainsi, l'intimé considère que la situation médicale a été parfaitement élucidée et qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise. Par ailleurs, l'intimé est d'avis qu'il n'est pas irréaliste que le recourant puisse retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu, en toute hypothèse, de retenir le revenu d'invalidé réalisé chez PRO en lieu et place des données statistiques des ESS pour fixer le revenu d'invalidé raisonnablement exigible. Enfin, l'intimé allègue que le rapport de la Dresse D _____ du 7 février 2007 n'atteste d'aucune aggravation de l'état de santé. À la lumière de ces éléments, l'intimé a conclu au rejet du recours formé à l'encontre de la décision du 22 novembre 2012. 53. Par acte du 12 avril 2013, le recourant fait valoir que les appréciations émises par le Dr V _____ sur l'état psychique du recourant ne sauraient être suivies dès lors qu'elles ne relèvent pas de son domaine de spécialisation. Il relève que l'expert considère en p. 31 de son rapport que « dans une activité adaptée, notamment dans la petite industrie où l'assuré a démontré qu'il était apte à effectuer certaines travaux, il existe sans aucun doute une capacité de travail ». Or selon le recourant, en tant que l'expert se fonde sur l'aptitude de recourant à exercer des travaux qui ont été effectués dans le cadre d'ateliers protégés, on ne saurait en déduire qu'il présente une aptitude égale dans le circuit économique normal. Il reproche également à l'expert de ne pas avoir tenu compte d'une baisse de rendement. Par ailleurs, le recourant allègue que dans la mesure où le rapport du 7 février 2007 de la Dresse D _____ atteste d'une aggravation de l'état de santé et qu'il est nécessaire de réévaluer l'atteinte psychiatrique, une nouvelle expertise bi-disciplinaire s'impose à plus forte raison que les rapports du BREM et du Dr V _____ sont contradictoires et que les appréciations faites par les organes d'observation professionnelle divergent également de celles du Dr V _____. Enfin, le recourant soutient qu'en reprenant une activité professionnelle chez PRO à 50% depuis le

11 janvier 2010, il a satisfait à son obligation de diminuer son dommage. 54. Ce courrier a été transmis à l'intimé le 8 mai 2013 et la cause gardée à juger. EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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).

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

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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 22 novembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur des diverses modifications de la LAI précitées. Cependant les faits pertinents remontent à l'année 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et après le 1er janvier 2008, respectivement après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

4. 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.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis 2006.

6. L'art. 17 al. 1er 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 1er 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).

7. 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).

6. 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 1er janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

8. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces

principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). c) Le diagnostic d'état dépressif réactionnel de degré moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part d'un assuré (ATFA non publiés I 524/04 du 28 juin 2005, consid. 4.3.1 et I 585/79 du 28 décembre 1981, cité in MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2^{ème} éd. 2010, p. 31). En effet, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1) sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer d'un tel trouble (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, p. 334, n. 1205 et les réf.). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

!> 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). b) 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est

pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) 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). 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). 10. 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).>[if> Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette

appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 7 mars 2006 avec celle prévalant au moment de la décision du 22 novembre 2012. 12. La décision initiale du 7 mai 2006 se fondait sur l'avis médical du 4 août 2005 du Dr M _____, médecin SMR. Ce dernier avait considéré que l'assuré présentait, dès le 17 octobre 2003, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (marche limitée à 1 km maximum avec deux cannes anglaises, absence de port de charges tant que l'assuré se déplace avec ses deux cannes, incapacité de travailler debout car l'assuré doit se stabiliser avec ses cannes, incapacité de s'accroupir, de s'agenouiller, de monter sur un escabeau ou sur une échelle). 13. La décision querellée se fonde quant à elle sur l'expertise du Dr V _____ du 30 décembre 2011. Il en ressort qu'en l'absence d'aggravation, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation qui avait été faite par le SMR en 2005. En d'autres termes, l'expert considère qu'il existe une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, notamment dans la petite industrie. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'expert passe en revue de manière détaillée les principaux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail (pied gauche et lombalgies chroniques) et ceux qui n'en ont pas (arthrose des genoux, périarthrite de la hanche droite). Quant aux aspects psychiatriques, qui ne faisaient pas l'objet de l'expertise, le Dr V _____ a exposé à titre informatif que les plaintes actuelles de l'assuré étaient superposables à celles figurant dans l'expertise réalisée en 2009 et qu'il n'y avait pas non plus d'aggravation à cet égard. 14. Le recourant soutient que le rapport d'expertise du Dr V _____ n'est pas suffisamment complet et clair dès lors qu'il ne tient pas compte des aspects psychiatriques pour lesquels l'expertise bi-disciplinaire du BREM retient une présence exigible de quatre heures par jour et le Dr O _____ une incapacité de travail de 50%. Il reproche également à l'expert ses conclusions en contradiction avec les observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation ainsi que l'absence d'explications permettant de comprendre pourquoi son appréciation est différente de celle des experts de 2009 et des organes chargés de la réadaptation qui ont constaté que le recourant avait effectué l'essentiel de son stage à 50% en raison de nombreux blocages du dos. Le recourant soutient également que les pièces du dossier établissent une aggravation de l'état de santé depuis la décision de l'OAI de mars 2006 qui se basait sur une capacité de travail complète. Il précise à cet égard que le TCAS, dans son arrêt du 17 juin 2008, a retenu que le stage pouvait au maximum être réalisé à 50%. 15. Ces critiques ne remettent pas en question la valeur probante de l'expertise du Dr V _____. Nul ne conteste que le Dr V _____ n'a pas été mandaté pour se prononcer sur les aspects psychiatriques du cas. L'intimé relève à cet égard n'avoir eu aucune raison objective de les instruire plus avant, dès lors qu'il ressort du dossier que le recourant souffre d'un état dépressif réactionnel et qu'un tel trouble n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée, de l'avis même du Dr O _____,

référence étant faite à son rapport du 16 février 2007. S'agissant du caractère transitoire de l'incapacité de travail dans le cas d'espèce, l'appréciation du Dr O _____ est toutefois nuancée par l'experte-psychiatre du BREM, la Dresse S _____. Fin décembre 2009, celle-ci a fait état d'une diminution de la capacité de travail à 50% depuis fin 2006 tout en évoquant un retour progressif à une capacité de travail de 100% six à neuf mois après l'instauration d'un traitement anti-dépresseur mieux adapté. Cela étant, selon la jurisprudence précitée, un état dépressif réactionnel, même de degré moyen, ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté visant à surmonter la douleur et à réintégrer le travail ne soit pas exigible. Quant aux observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation, elles ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du Dr V _____ pour plusieurs raisons. Premièrement, l'absentéisme constaté par les EPI était lié à des blocages du dos. Or ceux-ci sont de nature passagère et ne constituent pas une aggravation de l'état de santé qui prévalait au moment de la décision du 7 mars 2006, puisqu'ils remontent même à un premier accident survenu en 1996. Deuxièmement, à l'issue de la mesure professionnelle, les EPI ont eux-mêmes estimé dans leur rapport du 22 avril 2009 qu'une évaluation théorique sur dossier leur paraissait indiquée. Or, cette conclusion est parfaitement en phase avec le principe selon lequel l'avis dûment motivé d'un médecin prime en cas d'appréciation divergente de la capacité de travail exigible entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, étant rappelé que les stages d'observation professionnelle sont susceptibles d'être influencés 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 précité). Par ailleurs, c'est à tort que le recourant soutient que l'on ne comprendrait pas les raisons pour lesquelles l'appréciation du Dr V _____ serait différente des organes chargés de la réadaptation professionnelle. À cet égard, le Dr V _____ indique en effet en page 27 de son rapport d'expertise qu'il n'y a pas d'argument médical permettant d'affirmer que dans une activité adaptée, la capacité de travail ne soit pas complète. De même, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que le TCAS, par arrêt du 17 juin 2008, ait donné acte à l'OAI de son engagement à faire effectuer une observation professionnelle à 50% n'est pas de nature à prouver l'existence d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En outre, le grief selon lequel le Dr V _____ n'aurait pas motivé les raisons pour lesquelles il s'est distancié des conclusions des experts du BREM est sans objet. En effet, cette dernière expertise ne saurait se voir reconnaître de valeur probante dès lors que ses conclusions au sujet de la capacité de travail exigible laissent la porte ouverte à un trop grand nombre d'incertitudes et d'éléments non pertinents, en particulier sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA : les Drs R _____ et S _____ estiment la capacité de travail exigible à 4 heures par jour. En même temps, ils évoquent une augmentation progressive de celle-ci à concurrence de 100% sous réserve d'absentéisme pour des épisodes douloureux du rachis lombaire et d'un traitement antidépresseur mieux adapté. Comme mentionné plus haut, le Tribunal fédéral considère qu'un état dépressif réactionnel même de degré moyen est de nature à être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible. De même, le caractère précisément épisodique des blocages du dos conjugué à leur antériorité - ils remontent à 1996 - ne permet de retenir ni incapacité de travail durable, ni aggravation de l'état de santé. S'agissant du rapport de la Dresse D _____ du 7 septembre 2012, il ne démontre pas non plus l'existence d'une telle aggravation, puisqu'il se réfère à des blocages lombaires survenus à trois reprises entre

septembre 2012 et février 2013 ou bien à des affections également connues au moment de la décision initiale et/ou dépourvues d'effets sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (gonarthrose bilatérale et périarthrite de la hanche droite). Au regard de ce qui précède, il n'existe pas d'éléments au dossier permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr V _____ et la révision s'avère mal fondée. 16. Selon le recourant, la présence de ses multiples atteintes à la santé et son âge ont pour effet qu'aucun employeur ne consentirait objectivement à l'engager et qu'ainsi, en absence de capacité de travail exploitable sur le plan économique, il serait atteint d'une invalidité totale.

!]>]!> Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). Toutefois, selon le Tribunal fédéral, le point de savoir si un assuré a droit à une rente ou si un assuré déjà bénéficiaire d'une rente partielle a droit à une augmentation de celle-ci s'apprécie différemment. Dans le premier cas, il s'agit effectivement de déterminer l'impact concret d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail d'un assuré et les conséquences économiques qui en découlent au moment de la naissance du droit à la rente tandis que, dans le second, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidé (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit (cf. notamment ATF non publiés 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps – qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés – ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA (cf. ATF non publié 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente. À défaut, tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre à une rente entière (ATF non publié 9C_50/2010 du 6 août 2010, consid. 5). En l'espèce, le recourant est certes âgé de 60 ans aujourd'hui, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence d'une aggravation de son état de santé, les principes énoncés ci-dessus ne permettent pas à la Cour de céans de considérer que le seul changement significatif intervenu depuis la décision initiale, à savoir le vieillissement de l'intéressé, suffirait ipso facto à fonder le droit à une rente entière. 17. Le recourant soutient enfin que pour la comparaison de salaires avec et sans invalidité, il conviendrait de prendre en compte son salaire réalisé chez PRO et non sur la base des données statistiques résultant de l'ESS. Ces conclusions ne sauraient être suivies. En effet, une des conditions posées par la jurisprudence pour procéder de la sorte (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472

consid. 4.2.1), à savoir que l'assuré épuise entièrement la capacité de travail résiduelle qui lui est reconnue dans une activité adaptée, fait défaut étant donné que le recourant ne travaille qu'à 50%.!endif]>!if> 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.!endif]>!if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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