

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1187/2013

ATAS/1028/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 octobre 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, représenté par  
CARITAS GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur à D \_\_\_\_\_, né en 1950 (ci-après l'assuré ou le recourant), originaire de Serbie et Monténégro, est arrivé en Suisse en 1979. Dans son pays d'origine, il a fréquenté l'école primaire, puis a travaillé comme paysan et dans la construction. Depuis le 5 juillet 1999, l'assuré a été engagé comme manœuvre auprès d'une entreprise du bâtiment sise à Genève. Son salaire était de 5'171 fr. par mois depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, pour un horaire de travail de 41 heures par semaine, 5 jours par semaine.
2. L'assuré, en arrêt de travail total depuis le 15 février 2006 en raison de discopathies, a déposé en date du 6 mars 2007, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI).
3. Une IRM lombaire pratiquée le 13 avril 2006 a montré des discopathies étagées en L2-L3, L4-L5 et L5-S1 avec débords. Elle a également mis en évidence une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures au niveau de la charnière lombosacrée, il n'y avait en revanche pas d'image d'hernie discale ni de canal rétréci d'origine acquise.
4. Dans un rapport du 29 mai 2006, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, médecin-conseil de l'assureur perte de gain a diagnostiqué des lombalgies avec syndrome vertébral sur une discopathie inflammatoire de L5-S1 et une obésité morbide (BMI 51.3). L'incapacité de travail complète était justifiée et une expertise serait nécessaire après trois mois de traitement anti-inflammatoire et de physiothérapie, si le recourant n'avait pas repris le travail.
5. Le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport d'expertise en date du 28 novembre 2006, à la demande de l'assureur perte de gain. Il a diagnostiqué des lombalgies mécaniques chroniques évoluant de façon graduelle depuis plusieurs années et nettement accentuées depuis un épisode de lombalgies aiguës survenu le 14 février 2006. L'incapacité de travail complète était justifiée et il était prématuré d'envisager une réadaptation ou une reconversion professionnelle. L'expert a préconisé une physiothérapie active et des traitements antalgiques, par exemple par infiltrations.
6. Une radiographie de la colonne cervicale pratiquée le 19 janvier 2007 a mis en évidence une discopathie multi-étagée sans uncarthrose. Le 16 avril 2007 une radiographie des genoux a mis en évidence une gonarthrose débutante et subluxation rotulienne externe, plus marquée à gauche.
7. Dans un rapport du 25 avril 2007, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen clinique neurologique n'avait révélé aucune

parésie objective au niveau des membres inférieurs et que le trouble sensitif ne correspondait pas à un territoire radiculaire. Les radiographies de 2003 et l'IRM d'avril 2006 mettaient en évidence une importante arthrose postérieure et une déshydratation des disques L2-L3, L3-L4 et L4-L5, sans image de hernie. Une arthrose cervicale importante sur les clichés standards de la région cervicale expliquait vraisemblablement la faiblesse des réflexes des membres supérieurs. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Une reprise du travail paraissait bien difficile en l'état.

8. L'assuré a été examiné par le Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR) le 3 septembre 2007. Selon le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : lombosciatalgies gauches chroniques, dans un contexte de protrusion discale étagée, trouble dégénératif postérieur étagé, cervicalgies non déficitaires dans un contexte de discopathies étagées. Les autres diagnostics, à savoir une gonarthrose interne bilatérale débutante, l'obésité de classe II et la spondylarthrose dorsale étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'était pas possible de dire si les douleurs étaient de type mécanique ou inflammatoire en raison d'incohérences notamment concernant la durée du dérouillage matinal et la présence de douleurs continues au repos. Le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle; en revanche dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale, ce depuis le 24 novembre 2006, date de l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_. Selon le médecin, l'exigibilité était purement théorique et les chances de succès d'une orientation professionnelle faibles.
9. Selon le rapport de réadaptation professionnelle du 1<sup>er</sup> avril 2008, le degré d'invalidité était de l'ordre de 26%. Un stage d'orientation en vue du placement a été préconisé afin de déterminer quelles étaient les professions susceptibles de convenir aux limitations fonctionnelles du recourant, de déterminer sa capacité résiduelle de travail et éventuellement de commencer concrètement une réadaptation professionnelle.
10. Le stage au sein des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) prévu du 21 avril 2008 au 20 juillet 2008 a été interrompu le 27 mai 2008 sur la base d'un certificat médical. L'assuré s'est montré plaintif, centré sur son incapacité à reprendre une quelconque activité professionnelle. Les rendements mesurés lors d'activités compatibles avec l'atteinte invalidantes se sont révélés totalement inexploitable.
11. Interpellée par l'OAI, la Dresse P \_\_\_\_\_ a confirmé dans son rapport du 21 juillet 2008 que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il avait présenté une dorsolombalgie aigue et une lombosciatique. L'assuré présentait de nombreuses limitations fonctionnelles: il ne pouvait notamment pas travailler en position assise

plus d'1 à 2 heures, en position debout plus de 20 minutes, en position accroupie, à genoux et soulever des poids. En annexe à son rapport était joint un rapport de radiologie daté du 11 juin 2008 concluant à une scoliose cervicale gauche à convexité gauche, un bec ostéophytaire antérieure étagée, une discrète scoliose lombaire à convexité gauche, une discarthrose en D12-L1 et L5-S1.

12. Selon un rapport du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 26 septembre 2008, les troubles dégénératifs avec une arthrose des articulaires postérieurs des dernières vertèbres lombaires n'expliquaient pas toutes les douleurs. L'obésité jouait un rôle défavorable sur les lombalgies et le pronostic était mauvais.
13. Par avis du 23 octobre 2008, le SMR a considéré que l'état de santé du recourant ne s'était pas péjoré depuis son examen rhumatologique du 3 septembre 2007.
14. Par décision du 12 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et un reclassement au recourant, motif pris que son degré d'invalidité, de 26,7% était insuffisant pour ouvrir droit à une rente et qu'une mesure de reclassement ne l'intéressait pas.
15. Suite au recours interjeté par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a considéré que la capacité de travail de 100% retenue par le SMR dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était correcte, mais a jugé en revanche que l'intimé avait renoncé à la mesure d'observation professionnelle compte tenu du comportement de l'assuré sans qu'une mise en demeure écrite ne lui ait été adressée, alors que si la mesure avait été menée à son terme, elle aurait permis de récolter des éléments essentiels en vue du calcul du degré d'invalidité. Le TCAS a rappelé que les données médicales devaient être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, afin de déterminer dans quel domaine une activité adaptée pourrait être exercée et s'il y avait une diminution de rendement. Il a ainsi admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète d'instruction par une observation professionnelle, après avoir procédé conformément à la loi en adressant une mise en demeure écrite au recourant. Il a également considéré qu'il était indispensable que l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle exercent leurs tâches en étroite collaboration (cf. ATAS du 10 décembre 2009, ATAS/1628/2009).
16. L'OAI a mis en place un nouveau stage d'évaluation aux EPI dès le 3 mai 2010. Ce stage a été interrompu par certificat médical d'arrêt de travail pour une durée indéterminée à partir du 12 mai 2010, puis à nouveau à partir du 22 mai 2010. Selon le rapport des EPI du 21 juillet 2010, le comportement de l'assuré a été très plaintif et démonstratif, son rythme de travail très faible et il a dit à plusieurs reprises qu'il ne se sentait pas capable de retravailler. En réalité, il a été inobservable.

17. Dans un rapport du 14 juillet 2010, la Dresse P \_\_\_\_\_, de la clinique médicale de Versoix SA, a fait état d'une aggravation de l'état de santé depuis 2010, avec apparition d'un diabète de type II ainsi que d'une gonarthrose.
  
18. Un nouvel examen clinique rhumatologique a été effectué par le Dr O \_\_\_\_\_, médecin SMR, en date du 23 août 2010. Le médecin a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques dans un contexte de discarthrose L5-S1, des troubles dégénératifs postérieurs étagés, avec des répercussions durables sur la capacité de travail. Les autres atteintes à la santé, notamment l'obésité de classe III et le diabète de type II n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Selon le dossier radiologique, par rapport à des clichés lombaires du 15 février 2006, les clichés de 2008 montrent une évolution des troubles dégénératifs sous forme d'apparition d'un pincement modéré en D12-L1 et en L5-S1. Selon le rapport du radiologue, les radiographies du rachis lombaire du 4 juin 2010 montrent un aspect biconcave modéré de la partie moyenne des plateaux vertébraux lombaires sans tassement significatif, une diminution de hauteur du disque L5-S1 avec arthrose postérieure, une spondylose vertébrale étagée prédominant sur la partie inférieure du rachis dorsal. Le descriptif de 2010 ne montre pas de péjoration significative par rapport à ce qui est connu en 2008. Dans les grandes lignes, l'examen est superposable à celui réalisé le 3 septembre 2007 et celui réalisé en 2008 par le Dr L \_\_\_\_\_. Sur le plan neurologique, il n'y a toujours pas d'irritation du nerf sciatique ou du nerf crural. La situation au niveau clinique ne s'est pas modifiée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de mouvement répétés de flexion-extension, éviter les attitudes en porte-à-faux, les ports de charges de plus de 10 kg, la position debout statique de plus de 30 minutes et assise au-delà d'1h30. Le médecin du SMR n'a pas retenu de limitation au niveau cervical, au vu de l'absence de plaintes spontanées de l'assuré et au vu de l'examen clinique rassurant, ni pour le genou gauche. Il maintient ses précédentes conclusions, en ce sens que si la capacité de travail dans l'activité habituelle est toujours de 0%, elle est de 100% d'un point de vue théorique dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
  
19. Un stage d'observation professionnelle COPAI a été mis en œuvre du 6 juin 2011 au 3 juillet 2011. L'assuré a produit un certificat médical d'incapacité de travail à 100% couvrant la période du 10 juin 2011 au 14 juin 2011, puis à nouveau depuis le 15 juin 2011 pour une durée indéterminée. Ensuite de quoi, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a clôturé le dossier.
  
20. Par rapport du 27 juillet 2011, le COPAI a indiqué à l'OAI qu'un arrêt médical dès le 5<sup>ème</sup> jour de stage a rendu l'assuré inobservable. Le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin consultant auprès du COPAI, indique dans son rapport annexé du 12 juillet 2011 qu'il lui semble évident que chez ce patient sexagénaire intégralement convaincu de son invalidité totale, toute démarche professionnelle est vouée à l'échec. A son sens, l'assuré ne présente pas un trouble

factice, sa souffrance et ses difficultés dans l'existence paraissent authentiques, même si le substrat physique objectif pour les quantifier et les justifier manque, comme c'est souvent le cas dans ces situations.

21. Le 21 septembre 2011, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur l'obligation de collaborer qui lui incombe et l'a sommé de se présenter pour un nouveau stage COPAI aux EPI, du 28 novembre 2011 au 25 décembre 2011.
22. Le 25 octobre 2011, le Dr Q\_\_\_\_\_ informe l'OAI que l'assuré est très difficilement mobilisable, dyspnéique, inconfortable objectivement, qu'il se déplace avec beaucoup de peine et qu'il est convoqué pour la quatrième fois à un stage COPAI. Or, les trois premières tentatives ont été interrompues après chaque fois quelques jours pour décompensation symptomatique de la situation, avec certificat médical à l'appui. Les divers intervenants responsables de son dossier s'accordent pour reconnaître que ce stage sera très vraisemblablement avorté comme les autres et qu'il n'apportera aucun élément supplémentaire permettant de proposer une quelconque reprise de travail. Aucun intervenant ne peut prendre la décision d'arrêter ce processus inutile car ce n'est pas de leur responsabilité, mais de celle "d'une hiérarchie anonyme ou de tribunaux tout aussi désincarnés". Il a recommandé l'abandon de cette convocation qui lui paraissait humainement inutile et stratégiquement coûteuse et absurde. Il était prêt à en parler avec la hiérarchie en question, car il était convaincu que ladite hiérarchie est utilisée comme parapluie par les divers acteurs sans être au fait de la situation clinique de l'assuré.
23. L'assuré s'est présenté au stage des EPI le 28 novembre 2011. Toutefois, après quelques jours, le stage a été interrompu, avec un certificat médical de son médecin traitant habituel.
24. Dans son rapport du 30 janvier 2012, le COPAI mentionne que l'assuré s'est absenté dès le 4<sup>ème</sup> jour, certificat médical à l'appui, de sorte qu'il a été inobservable. Durant la courte période de stage, l'assuré s'est beaucoup plaint de douleurs, se déplaçant difficilement en prenant de nombreux points d'appui. Il alternait fréquemment les positions, a eu de la difficulté à maintenir la position assise. A l'atelier de gravure de plaquettes, il a eu beaucoup de peine à se concentrer et éprouvait des difficultés dans son activité, avec une incapacité à maîtriser sa coordination-dissociation.
25. Par décision du 26 février 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et d'un reclassement, motif pris que la mise sur pied du stage a été interrompue pour la quatrième fois, sans la moindre raison médicale. En effet, le SMR atteste qu'il n'y a pas de fait nouveau remettant en cause leur appréciation du 5 décembre 2007 et qu'il est médicalement reconnu et raisonnablement exigible de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée à 100% depuis le 24 novembre 2006. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 27%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Quant aux mesures professionnelles, elles ne sont pas poursuivies car elles ne l'intéressent pas.

26. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours en date du 15 avril 2013. Il relève qu'il a mis fin aux mesures professionnelles proposées par l'OAI en raison de son incapacité totale à suivre ces mesures et non en raison d'une mauvaise volonté de sa part, et ce sur la base de certificats médicaux délivrés par la Dresse P\_\_\_\_\_. Les mesures professionnelles mises en place se sont soldées par un échec. Selon le recourant, depuis le dernier examen clinique rhumatologique du 23 août 2010, son état physique s'est aggravé, ainsi que la Dresse P\_\_\_\_\_ l'a confirmé dans une attestation du 22 mars 2013, ce qui l'a contraint à arrêter ces stages auprès des EPI en raison de blocages aigus de la colonne lombaire, avec paresthésie bilatérale des membres inférieurs. Le recourant produit un rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 5 mars 2013, au terme duquel le bilan radiologique du 26 février 2013 montre une aggravation sur la colonne dorsolombaire avec une discopathie multi-étagée, une coxarthrose, dysarthrose de la colonne cervicale. Les différentes solutions thérapeutiques proposées ont toutes été stoppées par le patient suite aux douleurs lombaires. De plus, en raison d'un syndrome dépressif, le patient suit depuis 2-3 mois un traitement antidépresseur. La Dresse P\_\_\_\_\_ demande une expertise rhumatologique. Le recourant considère qu'il présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité et conclut à la nomination d'un expert indépendant afin de déterminer s'il peut diminuer son dommage en exerçant une activité adaptée. Il conteste également le calcul effectué par l'OAI quant au revenu d'invalidité. Selon le recourant, il présente un degré d'invalidité de 83,17% ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.
27. Dans sa réponse du 14 mai 2013, l'OAI relève qu'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. En l'occurrence, l'examen rhumatologique réalisé par le Dr O\_\_\_\_\_ en date du 23 août 2010 conclut à une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée. L'intimé considère que la situation médicale a été investiguée à satisfaction de droit et qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas. S'agissant du revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'une reprise d'activité, il convient de se fonder sur les données statistiques, ce qui a été fait en l'occurrence. Compte tenu d'une capacité de travail de 100% et d'un abattement de 20% sur le salaire statistique, le degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. L'intimé conclut au rejet du recours.
28. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>ème</sup> révision) au 31 décembre 2007, du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (révision 6a), 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 et ATF 130 V 332, consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5<sup>ème</sup> révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6<sup>e</sup> révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

3. Les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours auprès du tribunal compétent (art. 56, 58 et 60 LPGA). Conformément à l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, les délais en jours fixés par la loi ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement.

En l'espèce, compte tenu des suspensions de délai du 24 mars au 7 avril inclus, le recours interjeté le 15 avril 2013 contre la décision notifiée le 26 février 2013, reçue au plus tôt le 27 février 2013, l'a été en temps utile. L'acte respectant par

ailleurs les exigences de forme prévus, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; 89B LPA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

A cet égard, la Cour de céans relève que le TCAS a confirmé la décision de l'intimé du 12 janvier 2009 en ce qui concerne la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ; en revanche, tel n'a pas été le cas de la diminution de rendement, élément important pour le calcul du degré d'invalidité. Le TCAS a ainsi renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction, afin qu'il détermine plus particulièrement dans quel domaine une activité adaptée pourrait être exercée, quelle est l'éventuelle diminution de rendement, ainsi que les éléments permettant, cas échéant, d'appliquer une réduction du salaire statistique, indications qui ont une influence sur le calcul du degré d'invalidité. Il a par ailleurs jugé qu'il était indispensable que l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle exercent leurs tâches en étroite collaboration, conformément à la jurisprudence.

5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).
6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Il convient de relever que lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 consid. 3b, 1989 p. 328 consid. 4a).

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (ancien art. 28 al. 1 LAI teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 261 consid. 4, 115 V 134 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 (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C\_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C\_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références).

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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. a) En l'espèce, suite au renvoi de la cause à l'intimé, les nouvelles mesures d'observation professionnelle mises en œuvre dès le 3 mai 2010 n'ont pas été menées à terme. L'observation a été en effet interrompue dès le 12 mai 2010 sur la base d'un certificat médical d'arrêt de travail attesté par la Dresse P\_\_\_\_\_. Cette dernière, dans son rapport du 28 juin 2010, indique que l'état de santé du recourant s'est aggravé, que de nouveaux diagnostics, à savoir un diabète de type II et une gonarthrose, ont une influence sur la capacité de travail.

De leur côté, les EPI relèvent qu'il ne leur a pas été possible de statuer sur la capacité de travail du recourant, qui n'a été présent que les sept premiers jours du stage. Son comportement a été très plaintif et démonstratif. Il a été inobservable

(cf. rapport EPI du 21 juillet 2010). Selon les EPI, une expertise médicale pourrait être demandée pour clarifier définitivement la situation sanitaire de l'assuré.

L'examen rhumatologique effectué le 23 août 2010 par le médecin du SMR, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, conclut à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, mais à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, depuis le 24 novembre 2006, date de l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_. Le médecin du SMR relève que les radiographies de 2010 ne sont pas dans le dossier à disposition. Néanmoins, il se fonde sur le descriptif du radiologue et conclut qu'il n'y a pas de péjoration significative par rapport à ce qui est connu en 2008. Il ne retient pas de limitation au niveau cervical, au vu de l'absence des plaintes spontanées et au vu de l'examen clinique rassurant. De même, l'état du genou gauche ne justifie pas de limitation fonctionnelle. Selon le SMR, du point de vue théorique, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

La mesure d'observation professionnelle, réitérée le 6 juin 2011 et le 28 novembre 2011, a été à chaque fois interrompue suite à un certificat d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant du recourant. Suite à l'arrêt rapide de la mesure, l'observation n'a pas pu être effectuée (rapport COPAI du 27 juillet 2011).

Force est ainsi de constater que les observations aux EPI n'ont pas permis de confirmer ou d'infirmer, concrètement, la capacité de travail résiduelle retenue sur le plan médico-théorique. Quant au SMR, il retient des limitations fonctionnelles, mais ne se prononce pas sur une éventuelle diminution de rendement.

b) Sur le plan médical, la Cour de céans constate que le dossier ne contient plus aucun renseignement sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le rapport de la Dresse P \_\_\_\_\_ et l'examen du SMR de 2010. Or, au regard des troubles dégénératifs dont souffre le recourant (cf. rapports des Drs M \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_), il n'est pas exclu que les affections aient évolué.

Dans ses rapports des 5 mars et 22 mars 2013, la Dresse P \_\_\_\_\_ explique que les stages de réinsertion professionnelle ont dû être à chaque fois interrompus suite à un blocage aigu de la colonne lombaire avec paresthésie bilatérale des membres inférieurs. Elle rappelle que la maladie est chronique et dégénérative, que le patient présente des blocages intermittents, un diabète de type II et des gonarthralgies bilatérales. Elle fait état en outre d'une nouvelle aggravation en 2013, relève que le patient présente un état dépressif pour lequel il prend un traitement antidépresseur depuis 2-3 mois et que le bilan radiologique du 26 février 2013 montrerait une aggravation.

Force est de constater que la situation médicale du recourant n'est pas claire, qu'elle n'a plus été investiguée depuis 2010 et que la situation a en tous les cas évolué en 2013, avant la décision litigieuse.

9. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'elle ne possède pas tous les éléments nécessaires lui permettant de se prononcer de façon définitive sur les atteintes à la santé du recourant et sur leurs conséquences sur sa capacité de travail. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaires sous forme d'une expertise rhumatologique, à confier à un expert indépendant, complétée le cas échéant par une expertise psychiatrique, au vu de l'état dépressif relevé par la Dresse P\_\_\_\_\_. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, de même que sur une éventuelle diminution de rendement et enfin, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis 2009.
10. Le recours est partiellement admis au sens des considérants.

Représenté par un mandataire, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; ATF I 358/99). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA ; RS E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 fr. à 10'000 fr. En l'espèce, la Cour de céans fixe le montant des dépens à 1'500 fr.

Au vu du sort du litige, un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 26 février 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

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