



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1293/2018

ATAS/1041/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT
SCHEIDEGGER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1965, a travaillé au sein de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 16 juin 1986, où il a occupé successivement les postes d'employé de bureau, d'employé de direction de 1992 à 1999 et de spécialiste administratif dès 2000.
2. Le 6 juin 2005, il a été victime d'un accident de la circulation routière dans un giratoire, lors duquel sa voiture a été heurtée frontalement et du côté du conducteur par un véhicule sortant du giratoire. Cet accident a entraîné des douleurs dans le dos irradiant dans le membre inférieur gauche qui ont nécessité, le 9 novembre 2005, une arthroplastie L4-L5 avec pose d'une prothèse discale. Depuis son accident, l'assuré n'a plus travaillé, si ce n'est dans le cadre d'une tentative de reprise du travail à 50 % du 3 au 8 mai 2006.
3. L'assurance-accidents a mis en œuvre une expertise auprès du docteur C_____, chirurgien-orthopédiste FMH. Dans son rapport du 20 septembre 2006, l'expert a précisé que selon l'anamnèse, l'assuré avait ressenti, le lendemain de l'accident, des lombalgies importantes avec irradiations à la face antéro-latérale de la cuisse gauche. Une IRM lombaire pratiquée le 14 juin 2005 n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique osseuse récente et avait révélé la présence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec une petite protrusion discale sans hernie. Après l'opération du 9 novembre 2005, il y avait eu une amélioration progressive des douleurs lombaires. Toutefois, à partir de mai 2006, celles-ci avaient augmenté à nouveau d'intensité avec réapparition des sciatalgies à gauche. Depuis juin 2006, il y avait aussi des irradiations douloureuses à droite. L'expert a diagnostiqué une probable contusion lombaire le 6 juin 2005, des discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'un status après mise en place d'une prothèse discale L4-L5. Selon lui, les divers examens radiologiques démontraient l'existence de lésions dégénératives des deux disques incriminés, qui étaient préexistantes et jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution du cas. Par conséquent, les troubles actuels n'avaient pas de relation de causalité naturelle probable avec l'accident. Le *statu quo sine* avait été retrouvé à partir de juillet 2005. L'incapacité de travail actuelle était en relation de causalité avec les maladies préexistantes.
4. Le 2 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Il a précisé que l'atteinte à la santé avait été causée par un accident et qu'elle consistait en un écrasement des disques lombaires (L3-L4/L4-L5/L5-S1).
5. Selon le questionnaire pour l'employeur du 10 octobre 2006, l'assuré travaillait à 100 % en tant que spécialiste administratif et percevait un salaire annuel de CHF 79'000.- depuis le 1^{er} juillet 2004. Dans son courrier du 22 mai 2007, l'employeur a précisé que le poste de travail de l'assuré englobait la responsabilité du parc des copieurs (entretien, copies, papier), la présentation Powerpoint et

l'impression en couleur, la manutention de mobilier, l'archivage, l'économat et de petits travaux (changements de luminaires, etc.).

6. Selon l'extrait du compte individuel AVS du 24 octobre 2006, l'assuré a cotisé sur la base d'un revenu annuel de CHF 75'713.- en 2001, CHF 77'848.- en 2002, CHF 78'015.- en 2003 et CHF 80'740.- en 2004.
7. Dans ses rapports des 11 mai et 26 juillet 2007, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, sur la base du dossier médical, une capacité de travail exigible de 100 % à partir du milieu du mois de mai 2006, moyennant une diminution de rendement de 30 % en raison des pauses augmentées, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.
8. D'après le rapport de réadaptation professionnelle du 22 février 2008, il ressortait de l'entretien du 31 octobre 2007 entre la psychologue et l'assuré que l'employeur était prêt à lui proposer une solution en interne afin d'aménager son poste ou de trouver un autre poste, quel que fût le taux d'activité. L'assuré avait d'excellents rapports avec son employeur, basés sur une confiance mutuelle issue d'une longue collaboration. Néanmoins, il émettait des craintes de reprendre une activité professionnelle à ce stade, estimant que cela pourrait détériorer son état de santé. Après que la psychologue lui ait expliqué que l'opportunité proposée par l'employeur était précieuse et qu'il serait possible d'imaginer une mesure professionnelle, l'assuré était resté centré sur sa problématique et avait précisé que l'employeur serait disposé à le réengager par la suite, lorsqu'il se sentirait mieux. Les conditions d'octroi de mesures professionnelles n'étaient pas remplies, de sorte qu'il convenait de se limiter à évaluer l'invalidité par le biais d'une comparaison des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, il y avait lieu de se baser sur les chiffres fournis par l'employeur en 2005, en réactualisant cette donnée à 2006.
9. Par décision du 28 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le degré d'invalidité, calculé selon la méthode de comparaison des revenus en 2006 et prenant en compte un revenu sans invalidité de CHF 79'000.- ainsi qu'un revenu d'invalidité de CHF 54'142.- ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 (TA 7, ligne 22, niveau 3) – réactualisés en 2006 –, était de 32 %. Ce taux était insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité. Faute d'avoir fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.
10. L'assuré a été licencié avec effet au 31 juillet 2008 et s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi qui, par décision du 13 novembre 2009, a prononcé son inaptitude au placement. Selon le certificat de travail du 27 novembre 2008, l'activité de l'assuré consistait à s'assurer du bon fonctionnement du parc de copieurs, gérer et planifier les travaux de copie et le façonnage des documents en collaboration avec le reste de l'équipe. L'assuré avait travaillé au sein de l'imprimerie intégrée de l'employeur et s'était aussi occupé de son économat. Au fil des années, il s'était spécialisé dans la création des documents et formulaires

pour l'imprimerie de l'entreprise, ainsi que la préparation et finalisation de présentations sur Powerpoint, principalement pour les chefs de services et les membres de la direction.

11. Faisant valoir une aggravation de son état de santé, notamment l'apparition de troubles psychiques et urologiques, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 2 février 2010.
12. L'OAI a mis en œuvre une expertise auprès de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) où l'assuré a séjourné du 21 au 23 février 2011. Dans son rapport du 20 avril 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, – après s'être entouré notamment d'avis psychiatrique et neurologique – a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif de degré moyen en rémission partielle, des lombalgies chroniques irradiant dans le membre inférieur gauche, des troubles vésico-sphinctériens post-opératoires ainsi qu'une arthroplastie L4-L5. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a également diagnostiqué une discopathie dégénérative L5-S1 et un « cluster headache » (céphalées en grappe). Selon le consultant psychiatre, la thymie de l'assuré s'était progressivement détériorée depuis 2005, mais effectivement aggravée dès 2008 avec un suivi psychiatrique à partir de 2009. L'expert a conclu que l'atteinte à la santé psychique était le seul élément nouveau ayant valeur d'aggravation depuis la fixation de l'exigibilité par le SMR en 2007. La capacité de travail exigible était de 25 % dans l'ancienne activité, et de 50 % pour la période du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010 dans une activité adaptée au vu de l'aggravation de l'atteinte psychique, puis de 70 % à compter de cette date. Il n'y avait pas lieu d'additionner le taux d'incapacité lié à l'atteinte à la santé lombaire (30 %) et celui en rapport avec l'atteinte à la santé psychique (30 %). L'expert a retenu une diminution de rendement de 30 % environ, en raison des troubles de l'humeur, du ralentissement, des difficultés de concentration et de la nécessité de se rendre régulièrement aux toilettes, de sorte que la présence sur la place de travail devait encore être ajustée en conséquence.
13. Dans un avis du 19 mai 2011, le SMR a considéré, au vu du rapport de la CRR, qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'atteinte physique de l'assuré avec répercussion supplémentaire sur la capacité de travail. Une atteinte psychique nouvelle avait conduit à une limitation supplémentaire de la capacité de travail du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 6 juin 2005 et de 25 % dès mai 2006. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, déterminées lors de l'expertise en février 2011, la capacité de travail était de 70 % dès mai 2006, de 50 % du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010 et de 70 % dès le 1^{er} février 2010.
14. Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande dès lors que la capacité de travail de l'assuré était de 70 % dans toute activité lucrative dès le 1^{er} février 2010, hormis une période d'incapacité de travail de 50 % du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010. Par conséquent, sa position de mai 2008 restait valable.

15. L'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a notamment produit un rapport du 4 novembre 2011 de la doctoresse E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, selon laquelle l'état dépressif avait débuté peu après l'accident et ses opérations, avec une dégradation de l'humeur au fil des mois. La psychiatre disait ne pas comprendre sur quelles bases l'expert de la CRR avait retenu une diminution de la capacité de travail de 50 % pour des raisons psychiques à partir de la « date arbitraire de juin 2008 », alors même que les troubles de l'assuré justifiaient une incapacité de travail de 100 %, et comment il avait fixé au 30 janvier 2010 la date de l'amélioration de l'incapacité de travail à 30 %.
16. Considérant que le rapport d'expertise de la CRR et les autres éléments médicaux versés au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur une modification (éventuelle) de l'état de santé de l'assuré, par ordonnance du 14 mai 2012 (ATAS/637/2012), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire qu'elle a confiée à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs rapports respectifs des 23 et 25 octobre 2012, complétés le 30 janvier 2013, les experts ont diagnostiqué des lombalgies chroniques, des troubles urinaires résiduels sur hyperréflexie du détrusor, une dysthymie et une personnalité mixte avec traits évitants, dépendants et anankastiques. Ils ont conclu à une capacité de travail résiduelle depuis le mois de mai 2006 de 25 % dans l'ancienne profession et de 50 % au maximum (diminution de rendement comprise) dans une activité adaptée. Les troubles psychiques représentaient toutefois un obstacle majeur à un processus de réadaptation professionnelle.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, en particulier entre le mois de mai 2008 et le mois de septembre 2010, le Dr G_____ a indiqué que la dépression apparue en 2007 s'était aggravée dans le courant de 2008, atteignant alors le degré d'un épisode dépressif moyen. Selon les données disponibles, l'épisode dépressif avait persisté jusqu'à mi-2011. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % de juillet 2008 à juin 2011 et de 30 % du seul point de vue psychique, avant et après cette période. Les limitations fonctionnelles actuelles concernaient surtout les ressources adaptatives, très réduites du fait de la fragilité structurelle de la personnalité, et le trouble dépressif réduisait aussi, dans une mesure modérée, l'énergie disponible et la motivation de se projeter dans l'avenir.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, sur le plan rhumatologique, la Dresse F_____ a considéré qu'il n'y avait pas eu d'amélioration entre mai 2008 et septembre 2010, mais que les douleurs avaient progressivement augmenté et que les troubles urinaires étaient devenus plus importants sur cette période. L'experte a précisé que depuis 2008, les éléments nouveaux consistaient en des décharges électriques selon les mouvements du tronc, ainsi qu'en l'apparition d'une petite mobilité de la prothèse en extension et une légère aggravation de la discopathie L5-

S1 par rapport aux IRM précédentes. Les lombalgies entraînaient des limitations fonctionnelles consistant en l'absence de position assise plus de trente minutes, de position debout statique, de port de charges de plus de 5 kg (pouvant également entraîner des fuites urinaires) et de marche prolongée plus de trente minutes. L'assuré pouvait effectuer des déplacements occasionnels et devait changer fréquemment de position ainsi que se trouver à proximité des toilettes. Dans son ancienne activité professionnelle, qui nécessitait beaucoup de manipulations, de déplacements et de port de charges, la capacité de travail de l'assuré était de 25 % à partir de six mois après l'intervention, c'est-à-dire au maximum de 50 % avec en sus une diminution de rendement de 50 %. Dans une activité plus légère, plutôt assise, sans port de charges, avec possibilité de changer de position, eu égard aux limitations, aux problèmes urinaires et aux évaluations dans les ateliers, la capacité de travail était affectée principalement par une diminution du rendement qui pouvait être estimée à 50 %.

17. Interrogés par la chambre de céans sur la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, les experts ont précisé, le 30 janvier 2013, qu'elle était de 50 % de mai 2006 à juin 2008, ainsi que de juin 2008 à juin 2011 et au-delà.
18. Par arrêt du 18 juin 2013, la chambre de céans a rejeté le recours (ATAS/623/2013). Elle a considéré que le rapport d'expertise judiciaire avait pleine valeur probante. Selon cette expertise, malgré une aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était restée identique depuis le mois de mai 2006. Partant, il n'y avait pas eu de modification importante du degré d'invalidité au sens de la loi, de sorte que les conditions d'une révision du droit à la rente n'étaient pas remplies. Selon les observations des experts judiciaires, la décision du 28 mai 2008 ne tenait pas compte des troubles urinaires signalés en septembre 2007. En outre, il ressortait du rapport de la Dresse E_____ du 4 novembre 2011 que cette décision n'avait pas pris en considération l'état dépressif qui s'était installé peu après l'accident et les opérations qui s'en étaient suivies. Cela étant, l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré était sans pertinence dans le cadre d'une révision du droit aux prestations. En effet, l'assuré n'avait pas fait valoir le caractère manifestement erroné de la décision du 28 mai 2008 dans sa deuxième demande de prestations, et seul l'OAI avait la faculté de reconsidérer la décision initiale. L'assuré n'avait pas non plus allégué que des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui justifieraient une révision procédurale avaient été découverts.
19. À la suite du recours formé par l'assuré contre le jugement de la chambre de céans, par arrêt du 29 juillet 2014 (9C_573/2013), le Tribunal fédéral a confirmé ledit jugement au motif que les considérations développées par l'assuré à l'appui de son recours n'étaient pas de nature à remettre en cause le résultat de la constatation des faits opérée par la juridiction cantonale et l'appréciation juridique qu'elle avait faite de la situation. Il a retenu qu'il apparaissait que le SMR et les experts judiciaires

avaient procédé à une appréciation différente de l'influence des troubles de nature somatique sur la capacité de travail de l'assuré. Dans ces conditions, c'était à bon droit que la chambre de céans avait nié l'existence d'un motif de révision du droit aux prestations.

20. Par courrier du 3 septembre 2014 adressé à l'OAI, l'assuré a allégué qu'il ressortait de la procédure judiciaire que la décision du 28 mai 2008 était erronée et qu'une demi-rente d'invalidité aurait dû lui être octroyée. Il a sollicité la reconsidération de cette décision et l'octroi d'une demi-rente dès le 6 juin 2006, date de la fin du délai de carence. Il a précisé que sa demande de reconsidération n'avait aucune incidence sur la nouvelle demande de prestations qu'il avait déposée début 2014 en raison de l'aggravation de son état de santé.
21. Le 18 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas reconsidérer la décision du 28 mai 2008. Il a ajouté ne pas avoir reçu de nouvelle demande de prestations en 2014.
22. Par courrier du 17 octobre 2014, l'assuré a exposé que l'expertise judiciaire objective et claire constituait tant un fait nouveau qu'un moyen de preuve nouveau, lequel imposait la révision de la décision du 28 mai 2008. Il a demandé à l'OAI de statuer par une décision sujette à recours et de motiver son refus. En outre, il lui a transmis copie de son courrier du 13 février 2014 qui accompagnait la nouvelle demande de prestations du 28 janvier 2014. Ledit courrier faisait état d'une aggravation de son état notamment psychique, qui justifiait l'octroi d'une rente entière. Il y avait lieu d'instruire sans délai cette nouvelle demande tendant à l'octroi d'une rente.
23. Par courrier du 28 octobre 2014, l'OAI a observé que la nouvelle demande devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée depuis la dernière évaluation de manière à influencer le droit aux prestations. Par conséquent, il a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour lui communiquer tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision, notamment un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante.
24. Par courrier du 1^{er} décembre 2014, l'assuré a soutenu qu'il y avait une confusion sur la nature de sa demande, peut-être créée par l'emploi du terme « reconsidération » dans son premier courrier. C'était en réalité une demande de révision procédurale qui était soumise à l'OAI. L'expertise judiciaire constituait tant un moyen de preuve qu'un fait nouveau imposant la révision de sa décision.
25. Le 2 décembre 2014, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il était indéniable que son état de santé s'était aggravé sur le plan physique et que, sur le plan psychique, il lui adresserait, dans les meilleurs délais, des éléments complémentaires le cas échéant. Il a annexé divers rapports médicaux qui démontraient l'aggravation de ses pathologies lombaires dont les principaux étaient les suivants :

- dans un rapport du 12 août 2014, après avoir réalisé un électroneuromyogramme, le docteur H_____, neurologue FMH, a conclu à un examen neurologique normal en particulier aux membres inférieurs. Au total, il y avait un syndrome douloureux lombaire et des membres inférieurs mais sans déficit neurologique ;
 - dans un rapport du 18 août 2014, le docteur I_____, neurochirurgien FMH, a indiqué que l'IRM d'octobre 2013 révélait une discopathie L5-S1 en évolution négative par rapport à 2012 avec MODIC des plateaux, déshydratation et affaissement discal. La scintigraphie faisait état d'une hyperfixation L5-S1. De son point de vue, un faisceau d'arguments concordait pour attribuer une partie de la symptomatologie de l'assuré à une discopathie résiduelle sur le segment L5-S1. Il était plutôt favorable à une révision chirurgicale avec fusion L5-S1 de manière à éliminer une source étiologique douloureuse probable résiduelle ou à une neurostimulation cordonale postérieure entraînant un effet masquant de la douleur. Sa préférence allait plutôt en faveur d'une révision chirurgicale avant la mise en place d'un neurostimulateur qui ne réglait pas la question étiologique et empêchait par la suite certains examens de type IRM ;
 - dans un rapport du 24 octobre 2014, le docteur J_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie du rachis, a diagnostiqué, sur la base de l'IRM lombaire de 2012, une discopathie dégénérative L5-S1 avec perte de signal physiologique du disque, une protrusion médiane et des signes d'instabilité sous forme d'un MODIC II. Cette discopathie était à l'origine de l'instabilité et des douleurs. Il a proposé une arthrodèse L5-S1 avec mise en place d'une cage intersomatique afin de stabiliser la colonne tout en lui laissant la mobilité au niveau des articulaires postérieures.
26. Dans un avis du 11 septembre 2015, le SMR a considéré que les pièces médicales reçues le 3 décembre 2014 rendaient plausible l'aggravation de la discopathie L5-S1, de sorte qu'il y avait lieu d'instruire. Il convenait de vérifier si l'assuré était suivi par un psychiatre.
27. Dans un rapport du 6 octobre 2015, le Dr I_____ a précisé qu'il avait traité l'assuré du 10 juillet au 15 août 2014 et ne l'avait plus revu depuis le 15 août 2014. Il a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, des lombosciatalgies récurrentes post arthroplastie L4-L5 en 2005. À l'anamnèse, il a mentionné une récurrence de lombalgies (illisible) post arthroplastie L4-L5 en 2005 et une description subjective de troubles sphinctériens. L'assuré ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position assise et uniquement en position debout. Il ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie et à genoux, ni monter sur une échelle ou un échafaudage. Il ne pouvait pas soulever/porter loin du corps. Ces limitations étaient valables depuis août 2014.
28. Après plusieurs relances de l'assuré, l'OAI lui a communiqué par courrier du 19 octobre 2015 que la décision du 15 septembre 2011 dont il sollicitait la révision

avait été confirmée par la chambre de céans puis par le Tribunal fédéral. Partant, elle ne pouvait être modifiée que dans un procès en révision du jugement. N'étant pas compétent pour statuer, l'OAI refusait d'entrer en matière sur la demande de réexamen, qui devait être transmise à l'instance de jugement.

29. Dans un rapport du 13 novembre 2015, la doctoresse K_____, généraliste FMH, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un status post-arthroplastie L4-L5, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) II, des lombalgies mécaniques, un trouble de la miction et un état anxio-dépressif. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un « cluster headache ». L'assuré avait séjourné à l'hôpital de la Tour du 8 au 12 novembre 2015. Elle a fait état d'un pronostic défavorable quant à la mobilité. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100 % depuis le 29 octobre 2009. Cette dernière n'était plus exigible et le rendement était réduit. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient possibles mais sans effort physique. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Les capacités de concentration, compréhension et d'adaptation de l'assuré n'étaient pas limitées, ni sa résistance. Il était apte à se déplacer.

Elle a joint un rapport du 14 août 2014 établi par le docteur L_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne. Ce dernier a diagnostiqué un BPCO II caractérisé par une obstruction modérée avec réversibilité significative sur tabagisme actif, une dépression avec angoisse et des douleurs chroniques. L'assuré ressentait de la peine à respirer à la montée et présentait une toux productive matinale chronique.

30. Le 3 décembre 2015, l'assuré s'est déterminé sur le courrier de l'OAI du 19 octobre 2015 en rappelant que la décision dont la révision était demandée était celle du 28 mai 2008 et non celle du 15 septembre 2011. Il a invité l'OAI à statuer dans les meilleurs délais.
31. Par décision du 26 février 2016, l'OAI a déclaré la demande de révision de l'assuré irrecevable. L'arrêt de la chambre de céans du 24 juin 2013 n'était pas un fait ou un moyen de preuve nouveau. L'assuré fondait sa demande de révision sur les constatations médicales des Drs F_____ et G_____ datant d'octobre 2012 et de janvier 2013. Étant donné que l'assuré avait eu connaissance de l'arrêt de la chambre de céans le 24 juin 2013, la demande de révision avait été déposée bien au-delà du délai légal de nonante jours. En tout état de cause, une nouvelle expertise procédant à une appréciation différente de la capacité de travail ne suffisait pas à admettre l'existence d'un fait ou d'un moyen de preuve nouveau.
32. Dans un rapport du 8 mars 2016, la Dresse E_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un écrasement de disques intervertébraux (L4-L5) suite à un accident de la circulation traité par arthrolyse depuis le 6 juin 2005 et un état dépressif moyen (F32.10) depuis janvier 2009. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une incontinence urinaire post-opératoire depuis 2006.

Depuis son dernier rapport, elle avait augmenté la posologie de l'Effexor qui apportait un effet « boostant » avec plus d'énergie pour passer la journée. En raison d'angoisses importantes, elle avait également dû augmenter progressivement le Temesta. Depuis l'automne 2015, elle avait introduit un somnifère qui avait apporté un gain d'une à deux heures supplémentaires de sommeil, mais l'assuré se réveillait toujours entre deux et quatre fois par nuit en raison des douleurs qui entraînaient une fatigue diurne physique et psychique. Il était irritable, avait une forte angoisse du lendemain et était triste. Il présentait des idées suicidaires par période, des troubles attentionnels et mnésiques dus à l'état dépressif ainsi qu'à l'absence de travail, respectivement au sentiment de dévalorisation. Son incapacité de travail en tant qu'employé de direction était de 100 % depuis le 6 juin 2005. Ses restrictions psychiques se manifestaient au travail par de l'angoisse de performance qui lui faisait perdre le « focus » pour se diluer dans des détails, ainsi que par une perte du fil de sa pensée et de la discussion. L'activité exercée n'était plus exigible. Aucune activité adaptée n'était exigible dans la mesure où la concentration était très limitée et que ses douleurs pouvaient l'empêcher selon leur intensité à respecter un horaire, même limité dans le temps. La capacité de concentration était limitée à trente minutes consécutives. La capacité de compréhension était limitée par l'angoisse, tandis que la capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées par les douleurs physiques et l'anxiété majeure.

33. Dans un rapport final subséquent du 28 septembre 2016, le SMR a considéré que, tout comme les Drs H_____ (recte : J_____) et I_____, la pathologie incapacitante rhumatologique s'était aggravée, de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Sur le plan psychiatrique, une activité adaptée était possible avec baisse de rendement de 50 %, en respectant les limitations fonctionnelles qui consistaient en difficultés de concentration et d'attention, ralentissement des acquisitions des données et absence de situation anxiogène. Les autres limitations concernaient l'absence d'activité accroupie/à genoux, de maintien prolongé du tronc en porte à faux, de mouvements de flexion, de torsion répétée du tronc, d'exposition du corps entier à des vibrations ou au froid, de marche en terrain difficile à la montée et à la descente, de port de charges de plus de 10 kg et d'activité éloignée des toilettes. L'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité consistait en lombalgies basses chroniques et état dépressif moyen. Le début de la longue maladie remontait au 1^{er} août 2014. La capacité de travail exigible était de 0 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans l'activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1^{er} octobre 2015.
34. À la suite du recours formé contre la décision du 26 février 2016, par arrêt du 1^{er} février 2017 (ATAS/72/2017), la chambre de céans a, à la forme, déclaré irrecevables les conclusions de l'assuré tendant à la reconnaissance de son incapacité de travail, au renvoi de la cause à l'intimé pour révision et calcul du degré d'invalidité. Au fond, elle a rejeté le recours. Elle a considéré que l'OAI n'était pas entré en matière à juste titre sur la demande de révision au motif que

l'assuré était forclos à déposer une telle demande. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cet arrêt est entré en force.

35. Dans une notice du 31 mars 2017 déterminant le degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI a procédé au calcul de celui-ci. Il a comparé en 2015 le revenu sans invalidité de CHF 88'280.-, soit le revenu de CHF 79'000.- réalisé en 2005 et indexé à l'année 2015, avec le revenu d'invalidité de CHF 28'319.-, soit le salaire statistique à 50 % ressortant de l'ESS 2014 (TA 1, pour un homme, dans une activité de niveau 1) indexé à l'indice suisse nominal des salaires 2015 et après abattement de 15 % pour tenir compte de l'activité légère ainsi que du travail à temps partiel. Il en résultait un degré d'invalidité de 67,9 %.
36. Par projet d'acceptation de rente du 18 janvier 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2015 basée sur un degré d'invalidité de 100 % et à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2016 basé sur un degré d'invalidité de 68 %, soit trois mois après l'amélioration constatée. Selon l'instruction médicale, l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle dès le mois d'août 2014. À l'échéance du délai de carence d'une année, soit au mois d'août 2015, la capacité de gain de l'assuré était nulle. Toutefois, le SMR considérait que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % dès le mois d'octobre 2015. Son service de réadaptation professionnelle estimait que, compte tenu de la situation de l'assuré et de l'historique des mesures déjà mises en œuvre depuis la première demande, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage.
37. Par décision du 20 mars 2018, reçue le 22 mars 2018, l'OAI a confirmé sa position.
38. Par acte du 20 avril 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a sollicité un bref délai pour compléter son recours et l'audition de ses médecins traitants. Il a également demandé à être entendu personnellement.
39. Dans son complément de recours daté du 1^{er} juin 2018, mais reçu le 6 juin 2018, le recourant a également conclu, préalablement, à ce qu'il soit ordonné une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique. Il a reproché à l'avis du SMR du 28 septembre 2016 d'émaner de médecins qui n'étaient pas des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, de retenir des limitations fonctionnelles bien moins importantes que celles énumérées par les experts judiciaires en 2012 et de s'éloigner de la capacité de travail retenue par les médecins spécialistes traitants, sans motiver sa position. Les médecins du SMR ne l'avaient pas examiné et n'expliquaient pas sur quels documents ils fondaient les capacités de travail retenues. Les limitations fonctionnelles listées semblaient être reprises de l'expertise de la CRR de 2010. Le recourant a allégué que ses limitations fonctionnelles excluaient toute capacité de travail sur le marché de l'emploi et a offert de faire entendre ses médecins traitants à ce propos.

40. Dans sa réponse du 12 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que lors de la demande initiale ayant fait l'objet de la décision de refus de prestations du 28 mai 2008, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 70 % dès la mi-mai 2006, puis que lors de la seconde demande, elle était aux dires des experts judiciaires de 50 % au maximum depuis mai 2006. Selon l'arrêt de la chambre de céans confirmé par le Tribunal fédéral, malgré l'aggravation de l'état de santé depuis la décision de 2008, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était restée identique, de sorte que lors de la décision du 15 septembre 2011, les conditions d'une révision de rente n'étaient pas réalisées. Dans le cadre de l'instruction de la troisième demande, les Drs H_____ et I_____ n'avaient examiné le recourant qu'à une seule occasion et ne s'étaient pas prononcés sur les capacités de travail. Le médecin traitant avait évalué la capacité de travail à 0 % sur la base des diagnostics de lombalgies mécaniques invalidantes, de fréquence mictionnelle accrue et d'état dépressif. Dans son rapport du 8 mars 2016, la Dresse E_____ avait diagnostiqué un état dépressif moyen depuis janvier 2009 et mentionnait un traitement qui était quasiment le même qu'à l'époque de l'expertise judiciaire si ce n'était qu'elle avait introduit en plus un somnifère. Les conclusions du SMR reposaient tant sur les nouveaux éléments médicaux produits par le recourant que sur les éléments recueillis lors des précédentes demandes, plus particulièrement sur l'expertise judiciaire. En dehors des éléments objectifs apportés par les neurologues et auxquels le SMR s'était référé, le recourant n'avait pas produit d'éléments permettant de faire une appréciation différente du cas. Notamment, l'incapacité de travail nulle retenue par la Dresse K_____ reposait sur un état de santé connu depuis 2009. Quant à l'évolution de l'état de santé qu'elle mentionnait, elle était également basée sur une situation connue dès 2009 et décrite de la même manière dans l'expertise judiciaire, tant au niveau des troubles que du traitement médicamenteux. L'intimé a considéré que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'était pas justifiée au regard de la jurisprudence, dès lors qu'il n'avait pas ignoré – dans le cadre de l'instruction – des éléments objectivement vérifiables de nature clinique ou diagnostique. De plus, le SMR avait eu à sa disposition tous les éléments médicaux nécessaires pour apprécier l'aggravation.
41. Dans sa réplique du 21 septembre 2018, le recourant a exposé qu'il présentait une invalidité depuis 2006, respectivement une incapacité de travail de 50 % dans toutes activités, qui avait été confirmée par le Tribunal fédéral et n'avait pas ouvert de droit à des prestations jusqu'à ce jour pour des raisons formelles. Par conséquent, dans la mesure où l'intimé avait reconnu l'existence d'une incapacité de travail et de gain de 100 % dès le mois d'août 2014, il y avait lieu d'appliquer les règles sur la révision quant au début du droit à la rente, qui prenait effet dès le 1^{er} octobre 2014. Il a reproché au SMR de ne pas tenir compte du dernier rapport du Dr E_____ tout en mentionnant expressément l'aggravation de la symptomatologie dépressive et de ne pas motiver sa divergence d'appréciation. Sur le plan somatique, le SMR n'expliquait pas en quoi l'aggravation admise aurait une incidence dans l'activité habituelle et pas dans l'activité adaptée. L'expertise

judiciaire datait de 2012 et ne pouvait plus servir de base à l'évaluation de sa capacité de travail. Le salaire sans invalidité aurait été en 2016 largement supérieur à celui retenu puisque son ancien employeur réévaluait annuellement les salaires en tenant compte notamment de l'ancienneté. Par conséquent, il y avait lieu de l'interpeller à ce sujet. Le recourant a également contesté le degré de l'abattement retenu par l'intimé au motif que celui-ci n'avait pris en considération ni son âge, ni la durée de son éloignement du marché du travail, ni le nombre d'années de service passées dans le même emploi. Il a considéré qu'il y avait lieu d'appliquer l'abattement maximal de 25 %. Dans la mesure où l'intimé estimait que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, respectivement que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait pas être mise en valeur sur le marché du travail, il fallait conclure à une incapacité de gain complète. Le recourant a persisté dans ses conclusions.

42. Dans sa duplique du 9 octobre 2018, l'intimé a relevé que lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations, la naissance du droit à la rente était subordonnée aux mêmes conditions que lors de la première demande. L'abattement de 25 % n'intervenait pas de manière générale et dans chaque cas, mais en fonction de l'ensemble des circonstances et sur la base d'une évaluation globale. À cet égard, l'intimé disposait d'un large pouvoir d'appréciation dont le bien-fondé ne pouvait pas être modifié sans motif pertinent. En retenant un taux de 15 %, il n'avait sous-estimé ou ignoré aucun élément. Il a persisté dans ses conclusions.
43. Dans son écriture du 2 novembre 2018, le recourant a soutenu que les jurisprudences citées par l'intimé pour justifier la date du début du droit à la rente, retenue dans la décision litigieuse, ne concernaient pas le cas de l'aggravation d'une invalidité déjà reconnue mais n'ayant pas ouvert de droit aux prestations pour des raisons procédurales. Il s'agissait en réalité de l'aggravation de deux atteintes à la santé déjà reconnues comme invalidantes, de sorte qu'il y avait lieu d'appliquer les règles sur la révision. Le recourant a persisté dans ses conclusions.
44. Par ordonnance du 23 mai 2019, la chambre de céans a demandé à la directrice des ressources humaines de l'employeur (ci-après : DRH) de préciser quel aurait été le revenu annuel brut du recourant en 2014, 2015 et 2016 en tant que spécialiste administratif à 100 % s'il avait encore fait partie de son personnel.
45. Par courriers des 18 et 21 juin 2019, la DRH a répondu que le recourant ne faisait plus partie de ses effectifs en 2014, 2015 et 2016. S'il était resté employé, son salaire aurait été similaire à celui qu'il percevait avant son départ. En effet, les bonus et augmentations de salaire étaient alloués de manière purement discrétionnaire. En conséquence, il était impossible de donner une estimation.
46. Dans son écriture du 3 juillet 2019, l'intimé a considéré, au vu de la teneur des courriers des 18 et 21 juin 2019, qu'il avait correctement calculé le taux d'invalidité. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

47. Dans son écriture du 9 septembre 2019, le recourant a indiqué que, selon un document intitulé « People Management & Compensation » – que son employeur lui avait remis en octobre 2000 et qu’il produisait dans la procédure –, il existait bien un système interne de rémunération. En tant que spécialiste administratif, il se situait dans la classe 2 de rémunération avec un salaire mensuel compris entre CHF 5'000.- et CHF 8'300.-. Selon le décompte de salaire d’octobre 2000 qu’il produisait dans la procédure, il avait perçu à cette époque un salaire mensuel brut de CHF 5'416.70 qui avait passé en juillet 2004 à CHF 6'583.35, ce qui établissait l’existence d’un système de rémunération avec augmentations régulières de salaire dans une fourchette de rémunération. La DRH actuelle était manifestement nouvellement en poste et n’avait pas connaissance des systèmes de rémunération en vigueur auparavant. Par conséquent, il y avait lieu de lui poser des questions complémentaires. Par ailleurs, il avait retrouvé des courriers de l’employeur lui allouant un bonus pour les années 2002/2003 et 2003/2004. Il concluait également à l’audition en qualité de témoin de Monsieur N_____ qui lui avait communiqué sa promotion, en 2004, en qualité de spécialiste administratif. Il serait en mesure de renseigner la chambre de céans sur l’évolution habituelle des salaires au sein de l’employeur et des éventuelles grilles salariales applicables. Le recourant a allégué qu’il aurait perçu de l’employeur, en 2014, la rémunération maximale de sa classe salariale, soit la classe 2 du tableau correspondant à un salaire annuel d’au moins CHF 99'600.-.

Selon le document « People Management & Compensation », les postes avec responsabilités et obligations semblables se situaient dans la même fourchette salariale. Tous les postes étaient évalués à l’interne pour s’assurer qu’ils étaient placés dans la bonne fourchette. B_____ avait utilisé le système d’évaluation des emplois Hay qui mesurait la taille des emplois dans toutes les catégories d’emplois. L’entreprise avait passé de vingt-deux échelons à la structure actuelle avec quatre groupes administratifs ainsi que quatre groupes de négoce et de gestion. L’importance accordée à chacune des composantes de la rémunération totale était variable en fonction du niveau du poste, de la catégorie d’emplois ou d’autres facteurs. Par exemple, la catégorie d’emplois de négoce mettait davantage l’accent sur la prime annuelle, c’est-à-dire une rémunération variable par rapport aux autres catégories d’emplois. Le tableau illustre le système des groupes administratifs auxquels le poste appartenait. Les titres des emplois les plus fréquents étaient indiqués dans le tableau pour chaque groupe. D’après le tableau, dans le groupe administratif, un spécialiste administratif percevait un salaire mensuel de CHF 5'000.- à CHF 8'300.-.

48. Par ordonnance du 17 septembre 2019, la chambre de céans a demandé à la DRH de préciser, notamment, quel était en 2014 le salaire annuel brut d’un spécialiste administratif présentant plus de vingt-cinq années d’expérience, depuis quand elle exerçait cette fonction, s’il existait une grille interne de rémunération au sein de

l'employeur et si elle connaissait le document annexé « People Management & Compensation ».

49. Par courrier du 24 septembre 2019, la DRH a répondu qu'aucun employé ne présentait une ancienneté de plus de vingt-cinq ans dans le poste de spécialiste administratif en 2014. Celui qui avait la plus longue ancienneté à ce poste, à temps plein, percevait un salaire annuel de CHF 103'000.- et avait une expérience totale dans un poste comparable d'approximativement vingt ans. Par conséquent, un salaire de CHF 100'000.- semblait être un chiffre fiable. La DRH a indiqué qu'elle était en poste depuis le 1^{er} mars 2016. Elle ne connaissait pas le document « People Management & Compensation » qui datait de quinze ans avant son arrivée à son poste. Il existait une grille interne de rémunération, mais seulement en fonction du grade et non en rapport avec la fonction exercée. Ces grilles étaient indicatives car très larges.
50. Dans son écriture du 7 octobre 2019, l'intimé a estimé que le courrier du 24 septembre 2019 de la DRH n'apportait pas d'éléments suffisamment probants susceptibles de modifier son appréciation. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.
51. Dans son écriture du 11 octobre 2019, le recourant a observé que les éléments fournis par la DRH confirmaient ses allégués. Le salaire de CHF 100'000.-, considéré comme fiable par celle-ci, était en parfaite adéquation avec la grille salariale produite et était indépendant de toutes considérations relatives à la performance ou la qualité du travail fourni. Étant donné qu'il avait toujours eu d'excellents états de service, il n'était pas exclu que sa rémunération fût même supérieure. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité tenant compte d'un salaire sans invalidité à tout le moins de CHF 100'000.-.
52. Le 18 octobre 2019, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

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 - E 2 05), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Est litigieux le taux d'invalidité du recourant, plus particulièrement le revenu sans invalidité et l'abattement appliqué au revenu d'invalidé, ainsi que le début du droit à la rente dans le cadre d'une nouvelle demande.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 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).

- b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
6. 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).
- b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est

liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

8. a. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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 134 V 131 consid. 3 ; 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit

clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

b. 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

9. En premier lieu, il convient de déterminer quelle est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves.

En l'espèce, la décision du 15 septembre 2011 est entrée en force puisqu'elle a été confirmée par la chambre de céans et le Tribunal fédéral dans son résultat. Elle retenait, sur la base de l'expertise de la CRR, une capacité de travail de 70 % dans toute activité dès le 1^{er} février 2010, soit le même taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée que dans la décision initiale de refus de rente du 28 mai 2008. Toutefois, lors de la procédure judiciaire qui a donné lieu à l'arrêt de la chambre de céans du 18 juin 2013, celle-ci a mis en œuvre une expertise judiciaire qui a conclu à une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la décision initiale. Selon les experts, la décision du 28 mai 2008 ne tenait pas compte des troubles urinaires signalés en septembre 2007. De plus, elle ne prenait pas en considération l'état dépressif qui s'était installé peu après l'accident de juin 2005 et l'opération de novembre 2005. Cependant, dans son arrêt du 18 juin 2013, la chambre de céans a retenu que cette aggravation était sans influence sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée, qui était demeurée identique depuis la décision initiale, soit de 70 % depuis le mois de mai 2006. Selon le Tribunal fédéral, le SMR et les experts judiciaires ont procédé à une appréciation différente de l'influence des troubles somatiques sur la capacité de travail du recourant.

Par conséquent, la décision du 15 septembre 2011 repose sur un examen matériel du droit à la rente dès lors que le rejet de la nouvelle demande a été précédé d'une nouvelle évaluation de la situation, avec une appréciation des preuves en ce qui concerne l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé, respectivement son

incidence sur la capacité de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 3). C'est donc cette décision qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité.

10. Selon les faits pertinents d'ordre médical ayant permis la confirmation de la décision de refus de rente du 15 septembre 2011 et ressortant du rapport d'expertise judiciaire d'octobre 2012, le recourant souffrait, à l'époque, de lombalgies chroniques dans les suites de la mise en place d'une prothèse discale L4-L5 le 9 novembre 2005 qui s'apparentaient à un « *failed back surgery syndrome* » (syndrome de l'échec de la chirurgie rachidienne), de troubles urinaires résiduels sur hyperréflexie du détrusor, de dysthymie et de personnalité mixte avec traits évitants, dépendants et anankastiques. Les limitations fonctionnelles consistaient, sur le plan psychique, en réduction des ressources adaptatives, de l'énergie disponible et de la motivation de se projeter dans l'avenir. Sur le plan rhumatologique, elles avaient trait à l'absence de position assise plus de trente minutes, de position debout statique, de port de charges de plus de 5 kg (pouvant également entraîner des fuites urinaires) et de marche prolongée plus de trente minutes. Elles autorisaient des déplacements occasionnels et nécessitaient un changement fréquent de position ainsi qu'une proximité avec les toilettes. Étant donné que selon l'arrêt de la chambre de céans du 18 juin 2013, la capacité de travail résiduelle était restée identique depuis le mois de mai 2006 et que selon l'arrêt du Tribunal fédéral du 29 juillet 2014, les experts judiciaires et les médecins du SMR ont procédé à une appréciation différente de l'influence des troubles somatiques, la capacité de travail déterminante était celle retenue par ces derniers, à savoir 25 % dans l'activité habituelle et 50 % du 1^{er} juin 2008 au 31 janvier 2010 dans une activité adaptée, puis 70 % depuis lors.

La nouvelle demande du 17 octobre 2014 se fonde principalement sur les rapports des Drs I_____ et J_____. Dans son rapport du 24 octobre 2014 et sur la base de l'IRM lombaire du 14 mai 2012, le Dr J_____ diagnostique une discopathie dégénérative L5-S1 avec protrusion médiane et des signes d'instabilité MODIC II. Il considère que la discopathie est la cause de l'instabilité et des douleurs. Pour sa part, dans son rapport du 18 août 2014, le Dr I_____ se base sur l'IRM d'octobre 2013 qui révèle une discopathie L5-S1 en aggravation par rapport à l'IRM de mai 2012 avec MODIC des plateaux, déshydratation et affaissement discal. Il attribue une partie de la symptomatologie à la discopathie L5-S1. Il précise dans son rapport du 6 octobre 2015 que les limitations qu'il a retenues sont valables depuis août 2014. Ces deux médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant.

Il ressort de la comparaison de la situation médicale que depuis l'expertise judiciaire d'octobre 2012, le recourant présente en sus, depuis août 2014, une discopathie dégénérative L5-S1 avec signes d'instabilité, qui est responsable en tout cas partiellement de la symptomatologie actuelle.

Bien qu'à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant n'ait pas produit de rapport médical rendant plausible une aggravation de ses troubles psychiques, l'intimé a instruit cette problématique auprès de la psychiatre traitante. Dans son rapport du 8 mars 2016, la Dresse E_____ diagnostique sur le plan psychique un état dépressif moyen depuis janvier 2009 et fait état d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 juin 2005 dans toute activité eu égard à la capacité de concentration très limitée du recourant et à ses douleurs qui peuvent l'empêcher de respecter un horaire. S'agissant du traitement médicamenteux prescrit, la Dresse E_____ l'a adapté essentiellement en augmentant progressivement le Temesta en raison d'angoisses importantes et en introduisant un somnifère avec pour effet d'augmenter la durée du sommeil. En revanche, bien qu'elle indique une augmentation de l'Effexor à 300 g/jour (recte : 300 mg/jour), force est de constater que lors de l'entretien téléphonique avec l'expert G_____ le 20 juillet 2012, elle mentionnait déjà un traitement à base d'Effexor à la dose de 300 mg/jour, de sorte que son dosage n'a pas augmenté depuis l'expertise judiciaire. Quoi qu'en dise le recourant, les adaptations du traitement rapportées par la psychiatre traitante ne démontrent pas réellement une aggravation de son état de santé psychique, puisqu'il a toujours présenté des angoisses d'intensité variable et que l'introduction du somnifère provoque une augmentation de la durée du sommeil par rapport à la situation antérieure. En définitive, étant donné que la psychiatre traitante pose le même diagnostic depuis janvier 2009 et retenait déjà une incapacité de travail de 100 % dans son rapport du 4 novembre 2011, il s'agit d'une appréciation différente de celle de l'expert G_____ qui a admis une capacité de travail de 70 % à partir de juillet 2011 sur le plan psychique, évaluation dont la chambre de céans a reconnu la valeur probante. Par conséquent, son appréciation ne peut pas être prise en compte. Par ailleurs, dans la mesure où cet état dépressif moyen existe depuis janvier 2009, il n'a pas évolué depuis lors, ce qui démontre l'absence d'aggravation depuis l'expertise judiciaire de 2012. Ces divers éléments n'établissent aucune aggravation significative des troubles psychiques, mais bien pour l'essentiel un état stable de ceux-ci, contrairement à ce que soutient le recourant.

Sur la base de ces divers rapports médicaux, le SMR considère, dans son rapport du 28 septembre 2016, que la pathologie rhumatologique incapacitante s'est aggravée, que la capacité de travail dans l'activité habituelle est désormais nulle et qu'une activité adaptée est possible avec baisse de rendement de 50 % en raison des limitations fonctionnelles qui ont trait, sur le plan psychique, aux difficultés de concentration et d'attention, au ralentissement des acquisitions de données, ainsi qu'à l'absence de situation anxiogène. Sur le plan physique, il considère que les limitations fonctionnelles portent sur l'absence d'activité accroupie/à genoux, de maintien prolongé du tronc en porte à faux, de mouvements de flexion, de torsion répétée du tronc, d'exposition du corps entier à des vibrations ou au froid, de marche en terrain difficile à la montée et à la descente, de port de charges de plus de 10 kg et d'activité éloignée des toilettes. Au vu des lombalgies basses chroniques et de l'état dépressif moyen, il retient depuis le 1^{er} août 2014, une

capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par conséquent, le SMR admet que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis le 1^{er} août 2014 avec effet sur la capacité de travail qui passe pour l'activité habituelle de 25 % à 0 % et pour l'activité adaptée de 70 % à 50 %.

11. Le recourant conteste l'appréciation du SMR au motif que celui-ci ne motive pas le degré d'incapacité de travail retenu dans une activité adaptée qui s'éloigne de celle de ses médecins traitants – qui considèrent sa capacité de travail comme nulle –, qu'elle retient des limitations fonctionnelles moins importantes que les experts judiciaires de 2012, que les médecins du SMR ayant procédé à cette appréciation ne sont ni rhumatologue, ni psychiatre et qu'ils ne l'ont pas examiné.

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1).

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.

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

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. 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).

-
13. En l'espèce, le rapport du SMR du 28 septembre 2016 prend position sur les rapports médicaux obtenus dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, fixe le début de la longue maladie, ainsi que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il importe peu que les médecins qui l'ont établi ne soient pas spécialistes en rhumatologie, ni en psychiatrie puisqu'il ne s'agit pas d'un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais de synthèse. Ce faisant, il n'a pas la vocation d'une expertise spécialisée et il existe par ailleurs au dossier des expertises établies par de tels spécialistes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2009 consid. 3.2). Au vu de la jurisprudence citée ci-dessus, il n'est pas, par principe, dénué de valeur probante, mais il convient d'examiner s'il existe des doutes quant à la pertinence de ses conclusions.

En l'occurrence, les Drs M_____ et I_____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant. Le SMR admet une aggravation des troubles lombaires eu égard au nouveau diagnostic de discopathie L5-S1 avec MODIC des plateaux et affaissement discal avec pour effet une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, ce qui n'est pas contesté par le recourant. Dans son rapport du 6 octobre 2015, le Dr I_____ mentionne des limitations fonctionnelles qui correspondent pour l'essentiel à celles retenues par la Dresse F_____ en octobre 2012 qui concluait à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Ainsi que le relève le recourant, les limitations fonctionnelles admises par le SMR notamment quant à la limitation des charges à 10 kg au lieu des 5 kg de l'expertise judiciaire et quant à l'absence de besoin de changer de position ainsi que de marche prolongée divergent de celles admises par la Dresse F_____ alors que le SMR admet une aggravation de l'état de santé du recourant depuis ladite expertise. Toutefois, cette divergence est à relativiser puisque le Tribunal fédéral a relevé que la Dresse F_____ procédait à une appréciation divergente de l'influence des troubles de nature somatique par rapport à celle du SMR sur la base de la même situation médicale. Par ailleurs, cette divergence n'a pas d'incidence sur le taux de capacité de travail dans l'activité adaptée, mais sur la question de savoir quelle est l'activité adaptée qui correspond aux limitations fonctionnelles, respectivement sur le revenu d'invalidité.

En définitive, il n'existe pas de doute quant à la fiabilité des conclusions du SMR quant à la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, de sorte qu'elles ont une valeur probante, faute de rapport contraire de rhumatologue, orthopédiste ou neurochirurgien.

Par conséquent, la chambre de céans suivra ses conclusions et retiendra que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée s'élève à 50 % depuis le 1^{er} août 2014. Par conséquent, les conditions prévues par l'art. 17 LPGA pour une révision de la rente d'invalidité sont réalisées.

14. Le recourant conteste que son droit à la rente débute le 1^{er} août 2015, à l'échéance du délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI, au motif que, dans son cas, il y a lieu d'appliquer les règles de la révision et de faire débiter son droit à la rente le

1^{er} octobre 2014. Il rappelle qu'il présente une incapacité de travail de 50 % depuis 2006 qui n'a pas ouvert le droit à une rente d'invalidité pour des motifs formels.

a. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

D'après l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations. En d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6).

c. En l'espèce, lorsqu'il a déposé sa nouvelle demande – qu'il a fait parvenir à l'intimé par courrier du 17 octobre 2014 –, le recourant ne percevait pas de prestations de l'assurance-invalidité. Par conséquent, l'art. 88^{bis} al. 1. let. a RAI ne s'applique pas, puisqu'il concerne les cas d'augmentation de prestations, soit une situation qui suppose l'octroi préalable d'une rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.3). En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, il ne s'agit pas d'une révision de rente, mais d'une nouvelle demande faisant suite à une précédente décision de refus de rente, étant rappelé que l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée retenue par la Dresse F_____, n'a pas été admise par la chambre de céans dans son arrêt du 18 juin 2013, ni par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 29 juillet 2014. Par

conséquent, le droit à des prestations n'a pas été ouvert, non pas pour des raisons formelles, mais parce que le degré d'invalidité était inférieur au seuil minimal de 40 % fixé par l'art. 28 al. 2 LAI.

Ainsi, pour fixer le début du droit aux prestations, il y a lieu d'appliquer les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI. Selon le rapport final du SMR établi le 28 septembre 2016, le début de l'incapacité de travail remonte au 1^{er} août 2014, confirmé en cela par le rapport du Dr I_____ du 6 octobre 2015. En tant que le recourant a déposé sa nouvelle demande le 17 octobre 2014, le début de son droit à la rente doit être fixé au 1^{er} août 2015, en application de l'art. 28 al. 1 LAI. Dès lors, l'intimé a correctement fait débiter le droit à la rente à partir du 1^{er} août 2015.

15. Il reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé.

Le recourant prétend que son revenu sans invalidité est erroné et qu'il a droit à un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité.

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience (arrêts du Tribunal fédéral 9C_473/2017 du 27 juin 2018 consid. 7.2.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur

sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Les emplois sont désormais classés par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué et les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de professions sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont donc été définis en fonction des groupes de professions et du type de travail qui y est généralement effectué. Il existe neuf groupes de professions. L'accent est donc désormais mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (...). Le niveau 1 de compétence ne vise que les tâches physiques ou manuelles simples (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* » ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3).

16. En l'espèce, l'intimé a correctement calculé le degré d'invalidité en 2015, année du début du droit à la rente.

Le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, au motif qu'il ne prend pas en considération le réajustement régulier des salaires fait par l'employeur pour tenir compte de l'ancienneté. À cet effet, il produit dans la procédure un document établi par l'employeur en 2000 et intitulé « People Management & Compensation ».

Ce document confirme que le salaire mensuel d'un spécialiste administratif travaillant chez l'employeur était, en 2000, au minimum de CHF 5'000.- et au maximum de CHF 8'300.-. Interpellée à ce sujet par la chambre de céans, la DRH considère que chez le recourant, par comparaison avec un employé occupant un poste similaire depuis approximativement vingt ans, un salaire annuel en 2014 de CHF 100'000.- semble être un chiffre fiable.

Pour sa part, l'intimé estime que ces éléments ne sont pas suffisamment probants, sans toutefois donner d'explications quant à son appréciation.

En l'occurrence, force est de constater que le recourant a travaillé auprès de l'employeur dès le 16 juin 1986. Il a commencé par occuper un poste d'employé de bureau, puis d'employé de direction de 1992 à 1999 et enfin de spécialiste administratif de 2000 jusqu'au 31 juillet 2008. Dans ce dernier poste, il était notamment responsable du bon fonctionnement du parc des copieurs, de la gestion et la planification des travaux de copie, de la manutention de mobilier, de l'archivage, de l'économat et de petits travaux.

Le questionnaire pour l'employeur du 10 octobre 2006 mentionne un salaire annuel de CHF 79'000.- depuis le 1^{er} juillet 2004 et ne répond pas à la question du gain du recourant en tant que spécialiste administratif au jour de la signature du questionnaire et sans atteinte à la santé. Par conséquent, il ne permet pas d'établir le revenu que le recourant aurait obtenu de 2005 à 2006 sans atteinte à la santé, et n'autorisait pas l'intimé à l'indexer en 2015 – année déterminante pour le calcul du degré d'invalidité – afin d'établir le revenu sans invalidité. Les indications données par la DRH dans son courrier du 24 juin 2019, selon lequel le salaire du recourant serait resté similaire à celui obtenu au moment de son départ de l'entreprise sont tout autant sujettes à caution.

En effet, selon l'extrait de son compte individuel AVS, le recourant a obtenu un revenu de CHF 75'713.- en 2001, CHF 77'848.- en 2002, CHF 78'015.- en 2003 et CHF 80'740.- en 2004, soit une progression salariale de 2,145 % de 2001 à 2002 ($2135 : 75'713.- \times 100$), 0,28 % de 2002 à 2003 ($167 : 77'848.- \times 100$) et de 3,492 % de 2003 à 2004 ($2'725 : 78'015.- \times 100$). Or, selon le tableau T39 de l'évolution des salaires nominaux établi par l'office fédéral de la statistique, les salaires nominaux ont progressé de 2,5 % de 2000 à 2001, 1,6 % de 2001 à 2002, 1,3 % de 2002 à 2003 et 0,9 % de 2003 à 2004. Cette différence établit que l'employeur adaptait annuellement ses salaires en fonction d'autres critères que l'évolution normale des

salaires nominaux, vraisemblablement d'après les critères mentionnés dans le document « People Management & Compensation ». Par conséquent, le seul élément fiable permettant d'établir le revenu sans invalidité du recourant est le salaire cité par la DRH dans son courrier du 24 septembre 2019 dans un poste comparable avec une vingtaine d'années d'ancienneté, à savoir un revenu annuel de l'ordre de CHF 100'000.-.

S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant ne conteste pas qu'il s'élève en 2015 à CHF 33'316.- dans une activité adaptée exercée à 50 %. En revanche, il conteste l'abattement de 15 % opéré par l'intimé. Selon la notice de l'intimé du 31 mars 2017 concernant la détermination du degré d'invalidité, il y a lieu d'appliquer un abattement de 15 % dès lors que le recourant ne peut exercer qu'une activité légère et que, selon les statistiques fédérales, les personnes travaillant à temps partiel ou avec un rendement diminué gagnent généralement moins. Cette appréciation n'est pas critiquable. L'intimé a en revanche omis de prendre en compte la durée des rapports de travail auprès de l'employeur, qui était de près de vingt ans au moment de l'accident, de sorte qu'il convient de porter l'abattement à 20 %, et de retenir un revenu d'invalidé en 2015 de CHF 26'652.80 (33'316.- x 80 %).

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de tenir compte de son âge et de la durée de son éloignement du marché du travail. En effet, âgé de 50 ans au moment du début du droit à la rente, le recourant ne se trouve pas à un âge qui l'obligerait à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit qui entraînerait un désavantage salarial. L'âge de 50 ans ne correspond pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants permettant de parler d'un âge avancé déterminant. Par ailleurs, l'absence prolongée du marché du travail n'est pas davantage déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples, en référence à l'ESS 2014, niveau 1 et n'est pas un facteur d'abattement (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 ; 9C 17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3 et 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.2).

En définitive, le degré d'invalidité s'élève à 73,3 % ($100'000.- - 26'652.80 = 77'347.20 : 100'000.- \times 100$), ce qui donne droit au recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2015.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 20 mars 2018 annulée au sens des considérants.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Eu égard au sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 20 mars 2018 au sens des considérants.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité de la part de l'intimé dès le 1^{er} août 2015.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 3'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le