

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1326/2010

ATAS/1009/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 1^{er} novembre 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Carouge GE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MIZRAHI Cyril

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève13

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur P _____ (ci-après l'assuré), né en 1958, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1982 et a travaillé comme maçon auprès de X _____ SA jusqu'en 1991. En janvier 1992, il a débuté une activité de nettoyeur auprès de Y _____ SA (pièce 1 intimé).
2. Le 19 avril 1992, l'assuré a été victime d'un accident de la route qui lui a occasionné une fracture des pédicules en C2, sans lésion neurologique (pièce 4 intimé, p. 33ss).
3. Le 2 mars 1993, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) qui a été rejetée par décision du 15 décembre 1993 au motif que son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 25% (pièce 7 intimé).
4. Dans l'intervalle, en juin 1993, l'assuré avait repris une activité de maçon à 80%.
5. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), quant à elle, lui a reconnu une incapacité de gain de 20% et lui a octroyé à compter du mois de décembre 1993 une rente d'un montant de 660 fr. par mois ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr. (10%; cf. décision du 15 avril 1994 produite sous pièce 10 intimé).
6. En juin 1998, l'assuré a débuté une activité de jardinier-maçon auprès de Z _____ SA (pièces 32 et 39 intimé).
7. A compter du 19 décembre 2000, l'assuré a été mis en arrêt de travail.
8. Le 12 juin 2001, il a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations visant l'octroi d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement (pièce 14 intimé).
9. Le 9 juillet 2001, le Dr A _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport dans lequel il a qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire et a émis l'avis que des mesures professionnelles étaient indiquées. Le médecin a estimé la capacité de son patient à exercer les activités de manœuvre, maçon ou jardinier à 0%. Il a en revanche émis l'avis que sa capacité à exercer une activité industrielle légère ou de gardiennage restait entière. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de rester debout plus de deux à trois heures d'affilée, les positions statiques, agenouillée ou accroupie, l'inclinaison du buste, la marche sur plus de

3'000 mètres, le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs du dos, les mouvements fréquents de la tête et le maintien des bras en hauteur en effectuant des mouvements de force.

Le Dr A_____ a joint à son rapport celui établi le même jour avec le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne. Les médecins y retenaient les diagnostics suivants : cervicalgies chroniques depuis l'accident d'avril 1992, une fracture des pédicules de C2, lombalgies chroniques depuis mai 2000 et troubles statiques et dégénératifs. Ils mentionnaient également, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé : un diabète de type II depuis mai 2001, une hypercholestérolémie depuis 1998 au moins, un excès pondéral depuis 1994 au moins, un épisode de fibrillation auriculaire paroxystique en 1998 et un ulcère duodénal en 1994. Les médecins soulignaient encore que toutes les mobilités déclenchaient une douleur lombaire basse, malgré l'absence de déficit neurologique (pièce 27 intimé).

10. Entendu par un collaborateur de l'OAI en date du 24 mai 2004, l'assuré a expliqué que sa dernière activité, pratiquée de 1999 à 2001 auprès de Z_____ SA, consistait en jardinage et maçonnerie, et qu'il avait dû y mettre un terme en raison des problèmes rencontrés aux niveaux de son cœur et de son dos (pièce 39 intimé).
11. Le 20 juillet 2004, le Dr B_____, médecin traitant, a mentionné les diagnostics suivants : lombalgies communes sur troubles statiques dégénératifs depuis mai 2000 et cervicalgies chroniques depuis l'accident de 1992. Il y a ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de fibrillation auriculaire paroxystique, de diabète de type II et d'hypercholestérolémie.

Le médecin a fait état d'une aggravation des lombalgies avec blocages et sciatalgies.

Au niveau cardiaque, il a expliqué que l'assuré avait souffert de nombreux épisodes de fibrillation auriculaire avec malaises.

Le médecin a conclu à la totale incapacité de travail de l'assuré, quelle que soit l'activité envisagée. Il a réservé son pronostic quant à une reprise d'une activité vu l'absence de formation professionnelle spécifique de l'intéressé, ses connaissances de français rudimentaires et la durée de son arrêt de travail (pièce 41 intimé).

12. Le 4 octobre 2004, le Dr C_____, spécialiste FMH en cardiologie, a rendu à son tour un rapport après avoir pratiqué un échocardiogramme suite à une

symptomatologie intermittente de palpitations rapides et de douleurs thoraciques plutôt atypiques. Le Dr C _____ a conclu à une insuffisance mitrale sans signification pathologique (pièce 48 intimé, p. 5ss).

13. Le 6 octobre 2004, le Dr Q _____, spécialiste en médecine nucléaire, a procédé à une scintigraphie de perfusion du myocarde. Il ressort de son rapport que l'examen s'est révélé normal à l'exception de deux petits défauts réversibles de la région apicale, d'origine vraisemblablement artefactuelle (pièce 48 intimé, p. 12ss).
14. L'OAI a alors confié le soin au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (ci-après COMAI) de Genolier de procéder à une expertise. Les Drs O _____, spécialiste FMH en rhumatologie et R _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport en date du 27 décembre 2004, après avoir examiné l'assuré le 18 novembre 2004.

Les experts ont retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques post-fracture des pédicules de C2 et de lombalgies chroniques. Ont également été mentionnés tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibrillation auriculaire paroxystique, une obésité, un diabète de type II depuis mai 2001 et une hypercholestérolémie.

D'un point de vue somatique, l'expert a relaté que l'assuré se plaignait d'une augmentation des cervicalgies - présentes depuis 1993 - et des lombalgies. A l'examen, l'expert a constaté une surcharge pondérale, des troubles statiques sous forme d'une discrète scoliose dorsale, une limitation modérée de la mobilité de la colonne cervicale et une importante rétraction musculaire des muscles ischio-jambiers. Les rapports radiographiques décrivaient une consolidation de la fracture de C2, sans instabilité, et des troubles dégénératifs avec un canal lombaire étroit relatif. D'un point de vue thérapeutique, l'expert a émis l'avis qu'une prise en charge en physiothérapie active avec exercices d'étirements des chaînes postérieures et exercices de postures était susceptible de permettre une diminution des symptômes.

L'expert a préconisé d'éviter le port de charges lourdes, les activités à risque traumatique (risque de coups, de chocs, de déchirures musculaires, etc., vu la prise de Sintrom) et celles impliquant fréquemment des mouvements et une extension de la nuque.

Sur le plan psychique, l'expert a constaté l'absence de plainte ou de signe révélant une atteinte à la santé psychique.

En conclusions, les experts ont considéré qu'au vu des lombalgies, des cervicalgies et du risque de traumatisme, l'assuré ne pouvait plus travailler sur les chantiers mais qu'il pouvait en revanche exercer une activité plus légère, moins risquée et permettant d'éviter le port de charges lourdes à raison de 80%, sans diminution de rendement, et ce, depuis décembre 2000. L'activité de nettoyeur a été suggérée à titre d'exemple (pièce 46 intimé).

15. Le 8 mars 2005, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui refuser le droit au reclassement dans une nouvelle profession, attendu qu'il avait conservé une capacité de travail quasiment entière dans une activité adaptée dont on pouvait s'attendre à ce qu'elle lui procure un revenu au moins équivalent à celui qu'il pourrait obtenir sans atteintes à sa santé (pièce 52 intimé).
16. Le 20 avril 2005, l'assuré, représenté par un conseil, s'est opposé à ce projet en alléguant que son état s'était péjoré. Il a expliqué avoir dû subir en mars 2005 une intervention cardiaque pour fibrillation atriale visant à l'ablation des veines pulmonaires.

A l'appui de son opposition, l'assuré a produit le rapport rédigé le 1^{er} avril 2005 par la Dresse S_____, généraliste. Celle-ci y confirmait l'hospitalisation de l'assuré le 30 mars 2005 pour ablation des veines pulmonaires et expliquait que l'intervention avait été décidée en raison du fait que l'assuré présentait les symptômes suivants : forte transpiration en journée, difficultés de sommeil, problèmes de fourmillements dans les quatre membres, particulièrement du côté droit, problème de respiration, incapacité à faire de longues marches, jambes lourdes, fréquents maux de tête, vertiges, palpitations, oppression poitrinaire, douleur allant de la nuque au bas du dos, talons douloureux et froids, diminution de la force dans le bras et la main droits, douleurs au bas du ventre et fréquents malaises à cause de la fibrillation auriculaire et des extrasystoles. Le médecin a précisé que l'assuré devait être surveillé et contrôlé périodiquement, la fibrillation atriale pouvant survenir à tout moment. Le pronostic était réservé (pièce 55 intimé).

17. En date du 21 mai 2007, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations visant l'octroi d'une rente d'invalidité (pièce 69 intimé).
18. Interrogé par l'OAI, le Dr B_____ lui a confirmé en date du 13 novembre 2007 l'aggravation de l'état de son patient. Il a fait état des diagnostics suivants : status post-opération du tunnel carpien gauche, status post-opération du nerf cubital du coude gauche, status post-ablation des veines pulmonaires pour fibrillations

auriculaires récidivantes, status post-fracture cervicale en 1992, hernie discale C3-C4 et lombalgies L5 sur troubles dégénératifs.

Le médecin traitant a conclu à une totale incapacité de travail depuis 1992.

Il a précisé que son patient se plaignait depuis 2007, notamment et malgré l'opération, de douleurs de la main et du coude gauches et d'arythmies cardiaques.

Le médecin traitant a suggéré la mise sur pied d'une expertise.

Il a en outre produit les documents suivants:

- un rapport établi le 1^{er} avril 2005 par le service de cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) attestant que l'assuré avait subi en date du 30 mars 2005 une ablation par radiofréquence de fibrillation auriculaire par isolation des quatre veines pulmonaires, qu'il avait été hospitalisé du 29 au 31 mars 2005 et que la procédure et les suites post-interventionnelles avaient été sans complications ;
- un rapport rédigé le 4 novembre 2006 par le Dr D _____, spécialiste en chirurgie de la main, dont il ressort que l'assuré a également subi une intervention en raison d'une neuropathie ulnaire au coude gauche et d'un syndrome du tunnel carpien ;
- un courrier adressé le 1^{er} mars 2007 par le Dr B _____ au département de cardiologie des HUG dont il ressort que l'assuré a subi avec succès une ablation au niveau des veines pulmonaires avec passage en rythme sinusal régulier durant deux ans mais qu'il se plaignait à nouveau d'épisodes prolongés de fibrillation auriculaire, notamment la nuit; le Dr B _____ concluait en demandant que son patient puisse bénéficier de la même intervention qu'en 2005 ;
- un rapport établi le 27 juin 2007 par le service de cardiologie des HUG, dont il ressort que l'assuré a subi en date du 25 juin 2007 une seconde ablation par radiofréquence (ré-isolement de la valve pulmonaire supérieure gauche et de la veine pulmonaire inférieure droite et lignes au niveau de l'oreillette gauche) et qu'il n'y a pas eu de complications ;
- un rapport de tomodensitométrie axiale computerisée du rachis cervical daté du 2 juillet 2007 et signé du Dr E _____, spécialiste FMH en radiologie, lequel conclut à une discarthrose sévère C2-C3 (avec image kystique au niveau de l'apophyse odontoïde, de taille infracentimétrique, de localisation postérieure), à une hernie discale C3-C4 (de localisation surtout médiane, de 4.5 mm d'épaisseur et de 11.3 mm dans le sens

cranio-caudal, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural) et à un discret rétrolisthésis de C4-C5 (pièces 78 et 79 intimé).

19. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional AI (SMR), plus particulièrement à la Dresse F_____ qui a émis en janvier 2008 l'avis que vu les troubles de sa colonne cervicale, l'activité de nettoyeur n'était plus exigible de l'assuré. Le SMR a préconisé un examen rhumatologique afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle éventuelle (pièce 81 intimé).
20. Cet examen a effectué le 22 janvier 2008 par le Dr G_____, généraliste, « ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie » et médecin auprès du SMR.

Dans son rapport du 29 février 2008, le Dr G_____ a retenu les diagnostics suivants : cervicalgies droites dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 non compressive et d'un status post-fracture C2 en 1992, sans séquelles neurologiques, lombosciatalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec insuffisance posturale, status post-neurolyse du nerf cubital du coude et du nerf médian au poignet gauche en 2005, avec trouble sensitif et faiblesse résiduelle. Le Dr G_____ a également évoqué, tout en précisant qu'ils étaient quant à eux sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé : un diabète de type II avec excès pondéral à la limite de l'obésité, une hypercholestérolémie, une fibrillation auriculaire traitée par ablation par radiofréquence en 2005 et 2007 et un status post-ulcère duodéal en 1994.

Le Dr G_____ a décrit ses constatations objectives et noté une péjoration de la flexion lombaire et cervicale par rapport à l'expertise de la « fin 2005 » (sic). Par contre, les rotations et les inclinaisons cervicales étaient identiques, voire améliorées et symétriques. Il a été relevé que les articulations périphériques, décrites, à l'époque, comme libres, bien mobiles et indolores, étaient toujours libres - à l'exception d'une discrète limitation de la rotation interne des hanches - mais douloureuses aux dires de l'assuré et ce, dans quasiment toutes les directions, un peu plus marquées à la jambe droite. Le médecin a également constaté l'apparition d'un héli-syndrome sensible droit.

Selon le Dr G_____, plusieurs signes parlaient en faveur d'une majoration des symptômes : la rotation globale au niveau lombaire était douloureuse et toutes les mobilisations des bras provoquaient des douleurs au coude gauche (chez un droitier), à l'épicondyle interne et à droite, dans la musculature; même le test de Zohlen à droite engendrait des douleurs dans la chaîne musculaire postérieure.

Le médecin a précisé avoir évalué la durée de tolérance des positions sur la base des observations faites durant son entretien avec l'assuré, entretien qui avait duré 75 minutes aux cours desquelles l'assuré n'avait changé de position qu'une seule fois, au début de l'examen.

Le Dr G _____ est arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré postérieurement à l'expertise de 2004 (mise en évidence d'une hernie discale cervicale non compressive en juillet 2007). Toutefois, au vu du fait que les constatations cliniques restaient quasi-identiques, il a émis l'hypothèse que la hernie discale existait déjà à l'époque.

Finalement, le médecin a évalué la capacité de travail à 75% dans une activité adaptée pour tenir compte de la nécessité de changer souvent de position, ajoutant que « selon le type d'emploi, l'activité de nettoyeur n'est pas exclue ». Selon le Dr G _____, la hernie discale C3-C4 non compressive n'est pas suffisante pour justifier une totale incapacité de travail prolongée dans toute activité lucrative, même s'il est clair que les travaux lourds et en position extrême, sollicitant le rachis cervical et lombaire, sont contre-indiqués et, par conséquent, l'activité de maçon exclue. Selon lui, l'assuré reste capable de travailler comme nettoyeur et pourrait bénéficier d'une aide au placement pour trouver un poste adapté. Concernant le déconditionnement global - surtout musculaire - de l'assuré, le médecin a suggéré un reconditionnement, pour améliorer la tolérance à l'effort, et des activités physiques régulières, bénéfiques vu le syndrome métabolique et l'état cardiovasculaire.

Le Dr G _____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 0% en tant que maçon mais à 75% dès le mois de décembre 2000 dans une activité adaptée c'est-à-dire permettant d'éviter la position assise prolongée ou encore les positions debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, en extension et en rotation extrême et les mouvements répétitifs de la tête ; le port de charges était limité à 10 kg occasionnellement et à 5 kg de manière répétitive ; l'assuré devait avoir un rythme de travail régulier lui permettant de changer de position (pièce 83 intimé).

21. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr H _____, médecin auprès du SMR, qui a confirmé les conclusions de la Dresse G _____ et conclu à une capacité de travail de 75% dans une activité lucrative adaptée (nettoyeur) et à l'octroi d'une aide au placement afin de trouver un poste adapté (pièce 86 intimé).
22. Le 26 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision sur opposition, confirmant sa décision du 8 mars 2005 et niant à l'assuré le droit à un reclassement professionnel.

Relevant que l'assuré n'avait entrepris aucune démarche pour retrouver un emploi depuis décembre 2000, l'OAI a considéré que toute mesure d'ordre professionnel serait vouée à l'échec (pièce 91 intimé).

23. Cette décision sur opposition n'a pas été contestée.
24. Le 9 novembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier tout droit à une rente.

L'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré depuis décembre 2000 une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, réduite à 75% depuis juillet 2007.

La comparaison des revenus permettait de lui reconnaître un degré d'invalidité de 22% en décembre 2001 (fin du délai d'attente d'un an) et de 29% dès juillet 2007, ce qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente (pièce 95 intimé).

25. Le 10 décembre 2009, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté ledit projet de décision de l'OAI.

L'assuré a essentiellement fait valoir que les rapports sur lesquels l'OAI s'était basé n'emportaient pas la conviction et ne tenaient pas compte de ses chances réelles de retrouver un emploi sur le marché ordinaire du travail compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Relevant que le degré d'invalidité qui lui avait été reconnu était supérieur à 20%, l'assuré a conclu à ce que lui soient au moins octroyées des mesures professionnelles adéquates (reclassement et placement); pièce 97 intimé).

26. Dans un avis rédigé le 4 février 2010, le Dr I _____, médecin au SMR, a pris note des arguments de l'assuré et confirmé les conclusions précédentes du SMR (pièce 102 intimé).
27. Par décision formelle du 25 février 2010, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente (pièce 103 intimé).
28. Par acte du 16 avril 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2000, subsidiairement, à l'octroi de mesures d'aide au placement et à la prise en charge d'un traitement de physiothérapie active.

Le recourant reproche aux médecins du COMAI et du SMR de n'avoir pas tenu compte de ses douleurs chroniques et d'avoir retenu une capacité de travail irréaliste. Il ne voit pas comment il pourrait retrouver une activité simple et répétitive, par exemple de nettoyeur, répondant aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues. Il conclut à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise médicale.

Dans l'hypothèse où seule une rente partielle lui serait allouée, il réclame une aide au placement, dont il relève qu'elle était expressément recommandée par le rapport du SMR de 2008.

Enfin, il estime avoir également droit à des mesures médicales, eu égard notamment aux conclusions des rapports du COMAI et du SMR.

29. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 mai 2010, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que tous les avis médicaux versés au dossier attestent d'une capacité de travail quasiment entière, bien que réduite de 80 à 75% depuis juillet 2007. Il ajoute qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles expertises.

L'OAI estime par ailleurs qu'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être ordonnée vu le manque de scolarisation et de connaissances du français du recourant, mais aussi et surtout le fait que son ancienne activité de nettoyeur est adaptée à son état. L'OAI se déclare cependant disposé à examiner l'octroi d'une mesure de placement sur demande écrite, motivée et hors du cadre de la procédure judiciaire de l'assuré.

30. Le 3 septembre 2010, le recourant a répliqué en reprochant à l'intimé d'avoir écarté, sans motivation, l'avis de son médecin traitant.

Le recourant relève des contradictions entre le rapport du SMR du 22 janvier 2008 et celui de la Dresse F_____, autre médecin du SMR. Il en tire la conclusion qu'il n'existe pas d'activité de nettoyage respectant les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues.

Le recourant émet par ailleurs de sérieux doutes quant à l'objectivité de la Dresse G_____. A l'appui de sa position, il produit un rapport rédigé le 5 août 2010 par le Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel constate que le rapport de la Dresse G_____ ne repose sur aucun bilan radiologique récent (par exemple un scanner ou une IRM de la colonne lombaire),

alors même que l'assuré se plaint de fortes lombalgies. Il ajoute que le diagnostic posé - lombosciatalgies chroniques non déficitaires - est trop vague et ne repose sur aucun élément clinique précis. De plus, l'atteinte neurologique décrite n'a fait l'objet d'aucun examen neurologique précis alors qu'il est important de savoir si des séquelles existent et d'estimer leur importance, par le biais d'un électromyogramme, par exemple. Enfin, le médecin émet l'avis que le problème cardiaque de l'assuré a été banalisé alors que sa tension artérielle est très élevée à l'examen, ce qui a probablement une répercussion sur sa capacité de travail puisque l'assuré ne peut ni porter de poids ni faire d'efforts (ses pulsations pourraient se modifier et augmenter sa tension artérielle). Le Dr J_____ conclut qu'une expertise rhumatologique, neurologique et cardiologique devrait être mise sur pied. Enfin, il indique qu'au vu des limitations fonctionnelles constatées, il ne voit pas quelle activité pourrait être exigée de l'assuré et suggère de procéder à une observation professionnelle pour le déterminer (pièce 15 recourant).

S'agissant du calcul de son degré d'invalidité, le recourant conteste le montant retenu à titre de revenu d'invalidité. Selon lui, s'il devait être admis qu'il conserve une capacité de travail dans une activité de nettoyage, il y aurait lieu de se baser sur les chiffres de la convention collective de travail du secteur du nettoyage de Genève, laquelle prévoyait, pour des employés d'entretien engagés pour plus de 22 heures hebdomadaires, un salaire horaire de 19 fr. en 2008 et de 19 fr. 35 en 2009, ce qui conduirait à un revenu annuel de 38'030 fr. 40 en 2008, de 33'745 fr. 75 en 2009 et de 37'276 fr. 30 en 2007, qu'il faudrait encore réduire de 25% au minimum, compte tenu ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il ne pourrait exercer qu'à temps partiel, de son absence de formation professionnelle spécifique, de sa faible scolarisation, de ses connaissances rudimentaires en français, de la durée de son arrêt de travail et de son âge. Un tel calcul aboutirait à un degré d'invalidité de 61.65% avant juillet 2007 et de 63.10% depuis lors, ce qui lui ouvrirait droit à un trois-quarts de rente.

31. Le 8 octobre 2010, l'OAI s'est exprimé sur le rapport du Dr J_____. Il estime que ce rapport ne permet pas de remettre en cause les conclusions du SMR. Il ajoute, s'agissant des critiques formulées par le recourant quant à la détermination du revenu d'invalidité, que ce sont les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui doivent être appliquées.
32. Le 17 mai 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une expertise médicale multi-disciplinaire en rhumatologie, neurologie et cardiologie et leur a remis le dispositif. Un délai leur a été imparti pour se déterminer sur les questions et pour proposer des experts.

33. En date du 8 juin 2011, l'OAI a transmis à la Cour de céans un avis du même jour du Dr I_____ et a proposé que l'expertise multi-disciplinaire soit réalisées par le CEMed de Nyon, le BREM, la PMU de Lausanne ou encore par la Clinique romande de réadaptation de Sion. Il n'a pas souhaité ajouter de question complémentaire.

34. Le 10 juin 2011, l'assuré a quant à lui proposé que l'expertise soit effectuée par les HUG, le Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV) et/ ou par la Dresse K_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

S'agissant des questions, il a sollicité que sous le point 3.h, les experts tiennent également compte de l'ensemble des rapports médicaux et en particulier, des remarques du Dr J_____ faites par courrier du 5 août 2010 (pièce 15 recourant). Il a également requis qu'ils se prononcent sur les contradictions entre le rapport de la Dresse G_____ du 29 février 2008 et les avis du SMR des 8 janvier 2008 et 5 février 2010.

35. Le 4 octobre 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise tri-disciplinaire et de la confier au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV ; au Professeur L_____ pour le volet rhumatologique, au Professeur M_____ pour le volet neurologique et à la Dresse N_____ pour le volet cardiologique). Les parties se sont vu accorder un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et pour se déterminer sur la mission d'expertise.

36. Le 20 octobre 2011, l'intimé a notamment demandé que chaque expert se détermine séparément sur la question de la capacité de travail en fonction de son domaine de spécialisation.

37. Le même jour, le recourant a repris les remarques déjà formulées dans son courrier du 10 juin 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse du 25 février 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et de celles du 26 octobre 2006 (5^{ème} révision), cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2001. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir quel degré d'invalidité peut être reconnu à l'assuré et si ce dernier peut se voir accorder une mesure d'aide au placement.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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^{er} 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).
6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le Tribunal ne peut, en particulier, écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations

d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Par ailleurs, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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 (arrêt 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 (Arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.3, 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

7. En l'occurrence, la décision de l'OAI du 25 février 2010 est essentiellement basée sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du COMAI du 27 décembre 2004 et sur le rapport d'examen rhumatologique de la Dresse G_____ du 29 février 2008.

Il sera liminairement constaté qu'il ne découle d'aucun document médical au dossier que le recourant souffrirait de troubles psychiques. Celui-ci ne l'allègue d'ailleurs pas. Partant, seul l'aspect somatique sera examiné ci-après.

8. a) L'expert rhumatologue du COMAI, soit la Dresse O_____, a retenu les diagnostics suivants : cervicalgies chroniques post-fracture des pédicules de C2 le 19 avril 1992 et lombalgies chroniques depuis le mois de mai 2000, diagnostics ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail, et fibrillation auriculaire paroxystique, obésité, diabète de type II depuis le mois de mai 2001 et hypercholestérolémie.

Il y a lieu de relever que ce rapport a été établi sur la base d'une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique du recourant, sur ses plaintes, son dossier médical, et des examens cliniques rhumatologiques. Certes, des diagnostics ont été posés et l'on comprend les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles ont été retenues. Néanmoins, ce rapport demeure imprécis, peu motivé et il n'est pas possible de saisir la raison pour laquelle son

auteur conclut à une capacité de travail diminuée à 80% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées.

Qui plus est, il apparaît que l'état de santé du recourant s'est rapidement détérioré postérieurement à ce rapport. En effet, l'assuré a subi trois interventions chirurgicales, les 30 mars 2005 et 27 juin 2007 (en raison d'une fibrillation auriculaire paroxystique) et le 1^{er} novembre 2006 (en raison d'une neuropathie ulnaire au coude gauche et d'un syndrome du tunnel carpien gauche). Au surplus, une hernie discale en C3-C4 a été mise en évidence le 2 juillet 2007.

b) Le rapport du Dr G_____ du 29 février 2008 ne permet pas d'y remédier dans la mesure où il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le Dr G_____ signe en qualité d'« ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie » - il s'agit de la branche de médecine au Canada qui prévient et traite les troubles de l'appareil locomoteur. Il s'avère cependant que le Dr G_____ est généraliste et possède une attestation de formation complémentaire en médecine du sport (SSMS) 1999 (cf. site internet de la FMH). On ignore si ce médecin possède un titre étranger de spécialiste en psychiatrie ou en rhumatologie et combien de temps il a exercé.

Qui plus est, les conclusions du Dr G_____ n'apparaissent pas claires : il explique que le recourant doit éviter la position statique debout prolongée, la position en porte-à-faux et devrait pouvoir changer de position souvent, mais retient néanmoins une capacité de travail dans la profession de nettoyeur, dont on constate qu'elle ne permet pas, à l'évidence, de respecter lesdites limitations fonctionnelles. Par ailleurs, on peine à comprendre quelle est la conséquence du diagnostic de status post-neurolyse du nerf cubital du coude et du nerf médian au poignet gauche avec trouble sensitif et faiblesse résiduelle; certes, le médecin indique que la flexion active de l'épaule gauche est limitée à 130° en raison des douleurs au coude, mais il n'explique pas, dans son appréciation finale, quelles sont les activités que le recourant peut effectuer ou non avec sa main gauche. Enfin, on relèvera que le Dr G_____ a conclu à des lombosciatalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec insuffisance posturale alors même qu'il a relevé à plusieurs reprises l'absence au dossier d'examen radiologique de la région lombaire et qu'il n'en a pas pratiqué non plus.

c) Quant aux rapports des médecins ayant suivi le recourant, ils ne sont pas suffisamment motivés pour que la Cour de céans puisse valablement se déterminer sur sa capacité de travail dans une activité lucrative adaptée.

Partant, la cause n'étant pas en l'état d'être jugée, la Cour de céans entend mettre en œuvre une expertise rhumatologique, étant rappelé que, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

9. En l'espèce, il résulte du dossier que l'assuré a subi une intervention le 1^{er} novembre 2006, en raison d'une neuropathie ulnaire au coude gauche et d'un syndrome du tunnel carpien gauche. De plus, le Dr G_____ a également retenu un diagnostic neurologique ayant une répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois que ses conséquences soient précisément explicitées. Ainsi, et au vu de l'avis du Dr J_____ du 5 août 2010, qui estime qu'un électromyogramme permettrait de déterminer l'importance des troubles neurologiques du recourant, la Cour de céans considère qu'un tel examen serait susceptible de tirer au clair la question de savoir si le recourant souffre toujours d'atteintes neurologiques et si celles-ci engendrent des limitations fonctionnelles.

Ainsi, l'expertise devra contenir un volet neurologique, l'expert neurologue devant procéder à un électromyogramme, avant de se prononcer sur le genre d'atteintes et sur leur répercussion sur les activités ou les gestes que le recourant peut ou non effectuer.

Pour ce qui est de l'aspect cardiaque, il est établi que la fibrillation auriculaire constatée chez le patient a été traitée par ablation par radiofréquence les 30 mars 2005 et 25 juin 2007, sans qu'il y ait eu de complications. L'examinatrice du SMR a considéré que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant alors que le Dr B_____ a retenu le contraire dans son rapport du 13 novembre 2007, ajoutant que l'assuré se plaignait toujours d'arythmie cardiaque malgré ces deux interventions. Par ailleurs, contrairement au SMR qui estime que des activités physiques seraient bénéfiques à l'état cardio-vasculaire du

recourant et qu'une activité de nettoyeur pourrait être exercée, le Dr J _____ préconise quant à lui d'éviter le port de charges et les efforts, dont il craint qu'il ne modifient les pulsations et augmentent la tension artérielle.

Au vu de ces contradictions et du fait qu'aucun cardiologue ne s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles du recourant liées à son atteinte cardiaque, la Cour de céans conclut que l'expertise devra également comporter un volet cardiologique. Le cardiologue aura notamment la tâche de déterminer quelles sont les éventuelles limitations rencontrées par le recourant et le type d'activités qu'il peut encore exercer.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le soin de procéder à une expertise rhumatologique, neurologique et cardiologique est confié au CHUV, soit au Professeur L _____ (volet rhumatologique), au Professeur M _____ (volet neurologique) et à la Dresse N _____ (volet cardiologique), lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assuré par le passé ainsi qu'effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé.
11. Pour répondre tant à la demande du recourant qu'à celle de l'intimé, la mission d'expertise (sous point 3) et la question 3.h ont été complétées.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique, neurologique et cardiologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, du dossier de la procédure et avoir procédé aux examens complémentaires nécessaires.
2. Commet à ces fins le CHUV, soit le Professeur L_____, le Professeur M_____ et la Dresse N_____ ;
3. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de se déterminer, individuellement, selon leur domaine de spécialisation, sur les points suivants:
 - a. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - b. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
 - c. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - d. Quels diagnostics rhumatologique(s), neurologique(s) et cardiologique(s) reprenez-vous ? Depuis quand ?
 - e. Précisez quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assuré de décembre 2000 au 25 février 2010.
 - f. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré, en pour-cent ?
 - g. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les troubles constatés ?

Les réponses aux questions suivantes devront être données après un consilium entre les experts :

- h. Quelle est votre position concernant le rapport du COMAI du 27 décembre 2004 et celui de la Dresse G_____ du 29 février 2008 (en tenant compte notamment des rapports du SMR des 8 janvier 2008 et 5 février

2010 et des remarques du Dr J _____ faites en date du 5 août 2010 ; pièces 13 à 15 du recourant) ? Pourquoi ?

- i. Dans quelle mesure et à quel taux l'assuré peut-il exercer son activité habituelle de maçon-jardinier ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
 - j. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assuré et à quel taux ? Dans quel domaine et depuis quand ? Y a-t-il diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
 - k. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par une adaptation du poste de travail ? Quelle en serait l'influence sur le taux de capacité de travail ?
 - l. Quel est votre pronostic ?
 - m. Faire toute remarque ou suggestion utile.
4. Invite les expert à déposer à leur meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** à la Cour de céans.
5. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le