

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1329/2017

ATAS/281/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, a déposé le 30 mai 1991, alors qu'il effectuait un apprentissage de facteur, une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) afin d'obtenir un reclassement professionnel, en raison d'une hanche à ressaut.
2. L'assuré a bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité de dessinateur-électricien à partir du 9 août 1993, qu'il a dû interrompre en raison de problèmes d'adaptation psychosociale. Ceux-ci ont motivé la mise en œuvre d'une expertise confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de Lausanne (ci-après : le COMAI).
3. L'expertise du COMAI du 8 juillet 1994 a retenu un diagnostic de périarthrite coxo-fémorale gauche consécutive à deux interventions chirurgicales pour une hanche à ressaut et de suspicion de névrome cicatriciel de la face interne du genou gauche ayant une influence sur la capacité de travail mais uniquement dans une profession impliquant des travaux de force, des déplacements fréquents ou le port de charges. En revanche dans une activité de dessinateur en électricité la capacité serait de 100%. L'examen psychiatrique a mis en évidence des troubles somatoformes douloureux réactionnels à un accident anxigène ainsi qu'une personnalité dépendante ayant valeur de maladie et devant être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Les médecins du COMAI ont conclu à la reprise des mesures de réadaptation.
4. Dans le cadre d'une deuxième mesure de reclassement professionnel, l'assuré a de nouveau été mis au bénéfice d'un apprentissage de dessinateur en électricité auprès d'un bureau d'ingénieurs pour la période du 2 août 1995 au 31 juillet 1999. Il a été licencié par son patron d'apprentissage le 4 février 1997 en raison d'un taux d'absentéisme proche de 50%. Le rapport de la division de réadaptation professionnelle préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
5. Une expertise psychiatrique a été confiée au docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 16 juin 1997, le psychiatre a posé le diagnostic de troubles de la personnalité, du caractère et du comportement, ainsi que celui d'atteinte chronique de la hanche et du genou gauche. Le diagnostic retenu en 1994 de personnalité dépendante était selon lui justifié mais ne devrait pas empêcher une nouvelle tentative de recyclage dans une activité compatible avec les limitations somatiques.
6. Dans son rapport du 9 août 1997, la division de réadaptation de l'assurance-invalidité a conclu que c'était bien « l'aspect psychiatrique de la problématique qui empêchait l'assuré d'arriver à s'assumer en tant qu'adulte, de réussir une réadaptation et de se réinsérer dans le monde du travail ». Compte tenu de la pathologie psychiatrique mise en évidence par le Dr B_____ et des essais de réadaptation infructueux, la division précitée a considéré qu'elle ne pouvait

cautionner une nouvelle prolongation des mesures de réadaptation et préconisait l'octroi d'une rente d'invalidité.

7. Par courrier du 18 septembre 1997, l'OAI a informé l'assuré que, compte tenu de son taux d'absentéisme proche de 50% durant les différentes tentatives de reclassement professionnel et de la pathologie psychiatrique l'empêchant de se réinsérer dans le monde du travail, il refusait de prendre en charge un reclassement professionnel qui ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de diminuer l'invalidité dans une mesure suffisante pour exclure le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il estimait néanmoins que l'assuré était capable d'exercer une activité simple en atelier protégé. La perte de gain était de l'ordre de 80%.
8. Par décision du 22 janvier 1998, l'OAI a octroyé à l'assuré, dès le 5 février 1997, une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80%.
9. Le 7 novembre 2001, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente. Dans ce cadre, il a confié une expertise rhumatologique au docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a rendu un rapport le 19 avril 2004 et estimé qu'il existait vraisemblablement depuis 1997 une incapacité de travail de 20% dans tout type d'activité à cause de la discopathie L5-S1 et de l'affection dégénérative débutante du genou. Il n'y avait pas d'indication à une réadaptation professionnelle. Cela étant, en raison de l'inactivité depuis 1997, il était nécessaire d'envisager, dans un premier temps, une reprise progressive du travail avec un encadrement psychologique. Une activité n'impliquant pas le port répété de charges lourdes de plus de quinze kg et permettant les changements de position, devait pouvoir être effectuée à 80%.
10. L'OAI a également confié une expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué, dans son rapport du 23 août 2005, que l'assuré présentait un fond dysthymique. Il n'existait pas d'éléments cliniques évoquant un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère ou des troubles de l'anxiété. Était également relevé un tableau algique, très localisé au niveau de la jambe droite et du genou gauche, mais également un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Les problèmes algiques de l'assuré ne devaient pas l'empêcher d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques objectives à un taux de 80% à 100% et c'était bien la dimension psychologique qui était le facteur limitatif, en particulier le dysfonctionnement de la personnalité. Compte tenu du caractère chronique des troubles et de la durée de l'incapacité de travail, la reprise d'une activité à plein temps paraissait irréaliste, mais l'assuré devait en revanche pouvoir travailler à mi-temps. En résumé, sous l'angle psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% au maximum dans toute activité depuis 1990, avec une légère amélioration depuis 1999. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas opportunes.
11. Par décision du 5 décembre 2005, confirmée sur opposition le 3 avril 2006, l'OAI a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était progressivement amélioré et qu'il était

en mesure de reprendre une activité lucrative à 50% dans son ancienne activité ou une autre adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} janvier 2004 ; il lui a ainsi alloué une demi-rente au lieu d'une rente entière dès le 1^{er} février 2006.

12. Le 14 juin 2006, l'assuré a été opéré pour une tumeur du bassin. Il a subi un traitement de radio- et chimiothérapie complémentaire.
13. Le 26 juillet 2006, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assuré présentait un état dépressif d'intensité moyenne entraînant une incapacité totale de travail et le 24 octobre 2006, le Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré se plaignait d'une augmentation des sciatalgies gauches et de douleurs abdominales.
14. Par arrêt du 26 février 2007 (ATAS/215/2007), confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_187/2007 du 30 avril 2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a confirmé la décision sur opposition du 3 avril 2006 par substitution de motifs, en retenant que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail globale de 50% dans toute activité adaptée depuis 1997 – selon les expertises des Drs D_____ et C_____ – de sorte que la décision initiale d'octroi de rente était erronée et devait être reconsidérée. En revanche, aucune révision de la décision de rente n'était possible, l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas sensiblement amélioré. Le taux d'invalidité de l'assuré ascendait à 57%, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.
15. Le 25 juin 2007, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie et hématologie, a indiqué que l'assuré était en rémission de sa tumeur et présentait un trouble du transit nécessitant un examen par coloscopie.
16. Le 27 novembre 2007, l'assuré a subi une ménissectomie de la corne postérieure du genou droit et une ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville droite pratiquée par le docteur H_____, chirurgien-orthopédiste.
17. Le 29 janvier 2009, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision.
18. Le 12 février 2009, l'assuré a rempli un questionnaire relatif à la révision de la rente, dans lequel il a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le 29 mars 2006, avec la survenance d'une double hernie discale, d'une atrophie du muscle abdominal, d'un problème au genou droit et de bronchites chroniques, suite à une broncho-pneumonie survenue en juin 2008.
19. Le 13 mars 2009, le docteur I_____, FMH en médecine interne générale et pneumologue, a relevé que l'auscultation pulmonaire et la capacité respiratoire étaient normales.
20. Le 19 mars 2009, le Dr H_____ a rempli un rapport destiné à l'AI. Il y a indiqué avoir suivi l'assuré du 15 novembre 2007 au 1^{er} septembre 2008. L'évolution postopératoire avait montré un épanchement et l'apparition d'une gêne et de douleurs au genou droit, avec des craquements et des douleurs à la cuisse droite.

L'activité habituelle était exigible à au moins 50%, mais le rendement était réduit par un état anxieux sous-jacent.

21. Par rapports des 1^{er} mai et 4 juillet 2009, le docteur J_____, médecin praticien, a attesté suivre l'assuré depuis le 31 juin 2008, lequel l'avait consulté pour une bronchopneumonie. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 mars 2009. L'assuré avait présenté des aggravations de ses symptômes et de ses douleurs en 2006, puis en mai 2009, avec l'apparition d'une hernie discale gauche S1, de troubles neurologiques dans la jambe gauche et d'une perte de force et de sensibilité.
22. L'OAI a diligenté une expertise auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : le CEMed). L'assuré a été examiné les 27 et 30 octobre 2009 par les docteurs K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lesquels ont rendu leur rapport le 6 avril 2010.

Les experts ont retenu les diagnostics incapacitants suivants : lombalgie commune sur discopathie étagée et hernies discales foraminales gauches L4-L5 et sous-ligamentaires L5-S1 gauches sans déficit neurologique, gonarthrose tricompartmentale débutante en 1989, périarthrite post-opératoire de la hanche gauche depuis 1989. Ils ont également mentionné les diagnostics suivants, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail : status après ménisectomie interne droite en 2007, antécédents personnels de tumeur maligne en 2006 et dépression secondaire à une affection organique en 2006.

Selon les experts, l'examen clinique, l'imagerie et la description des activités quotidiennes étaient rassurants ; ils ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Au plan psychique, l'assuré, qui signalait un état stable depuis deux ans et n'était pas sous traitement, ne présentait pas de pathologie invalidante. Sa capacité de travail était jugée entière – sous réserve d'une diminution de rendement de 20% liée à des douleurs de la hanche gauche – dans une activité légère exercée en position assise et/ou en décharge des genoux, permettant d'éviter les travaux en hauteur, le port répété de charges supérieures à dix kg, ainsi que les marches sur de longues distances ou des terrains inégaux. Des mesures de réadaptation étaient envisageables, mais la fragilité narcissique de l'assuré pouvait générer un état anxieux, lui-même susceptible d'empêcher la mobilisation de ses ressources.

23. Par avis du 9 juin 2010, le Dr M_____ du SMR a conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% depuis octobre 2007, date de la stabilisation de l'état psychique.
24. Par décision du 21 juillet 2010, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures professionnelles, afin de déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.
25. Le 10 septembre 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en faisant valoir qu'il était totalement incapable d'exercer la moindre activité et en se

prévalant d'un courrier du Dr N_____ du 8 septembre 2010, dans lequel ce médecin signalait une nouvelle aggravation depuis 2009 en lien avec de multiples infections pulmonaires, et exprimait son désaccord avec les conclusions du CEMed.

26. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 28 octobre 2010, le gestionnaire de l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dès lors que l'assuré s'estimait totalement incapable de travailler.
27. Par arrêt du 25 novembre 2010 (ATAS/1217/2010), le TCAS a déclaré le recours irrecevable.
28. Le 8 février 2011, à l'issue d'un entretien avec l'OAI, l'assuré a accepté d'entreprendre un stage d'orientation professionnelle aux EPI.
29. Selon une « note REA » datée du 20 octobre 2011, l'assuré n'a pas pu participer à ce stage, en raison du traitement d'un problème intestinal. Par ailleurs, il a confirmé avoir travaillé environ trente heures entre septembre 2010 et janvier 2011 comme moniteur de natation auxiliaire. Enfin, il a signalé qu'une intervention chirurgicale du nez était prévue.
30. Dans un rapport du 13 février 2012, le Dr N_____ a signalé une nouvelle aggravation de l'état de santé, en relation avec des cervicalgies, des lombalgies ainsi qu'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) entraînant des troubles respiratoires, des douleurs articulaires et une totale incapacité de travail.
31. En février 2012, l'OAI a invité les médecins de l'assuré à compléter des rapports. Ils se sont déterminés comme suit :
 - le 6 mars 2012, le docteur O_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, a indiqué qu'il n'avait trouvé aucune pathologie digestive justifiant une réduction de la capacité de travail ;
 - le 1^{er} octobre 2012, Dr N_____ a répété les diagnostics dont il avait déjà fait état, en précisant toutefois que le syndrome dépressif récurrent d'intensité moyenne avec somatisation était suivi depuis juin 2006 et en y ajoutant ceux de protrusion discale lombaire L2-L3 gauche avec paresthésie du membre inférieur gauche depuis 2012, de status post infiltration intra-facettaire C3-C4 à droite en septembre 2012, de sinusite chronique opérée, de hernie discale C3-C4 avec déficits neurologiques de l'épaule droite, d'arthrose C3-C4, et de rein unique avec un taux de créatinine élevé. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en précisant que l'assuré travaillait à ce jour à 50% comme maître-nageur.
32. À la demande du SMR, l'OAI a sollicité, en décembre 2012 puis en mai 2013, des renseignements auprès des autres médecins de l'assuré, lesquels se sont prononcés comme suit :

-
- dans un rapport du 27 décembre 2012, la doctoresse P_____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu le diagnostic de cervico-brachialgies droite sur hernie discale C3-C4. Un scanner avait révélé une hernie discale et une infiltration antalgique avait été effectuée en septembre 2012. Elle n'avait vu l'assuré qu'à une seule reprise, en août 2012 et n'avait pas discuté avec lui des répercussions de ses atteintes sur son activité professionnelle, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur sa capacité de travail ;
 - dans un rapport du 13 février 2013, le Dr Q_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), a indiqué avoir été consulté par l'assuré à une seule reprise, en août 2012. Il avait alors constaté une rhinite atrophique avec une perforation septale et une surinfection chronique à staphylocoque doré. Il ne s'estimait pas apte non plus à évaluer la capacité de travail ;
 - dans un courrier du 14 février 2013, le Dr N_____ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une infection ORL chronique, de douleurs chroniques au niveau de son épaule droite suite à une hernie discale et d'un syndrome de fatigue suite à son cancer rénal en 2007. À la fin de l'année 2012, une dislocation de l'os scaphoïde et semi-lunaire de la main gauche lui avait été diagnostiquée, et il lui avait été proposé une résection complète de la première rangée du carpe. L'assuré souffrait de douleurs chronique de la main gauche, du membre supérieur droit et de la jambe gauche, avec des difficultés à se déplacer, mais également d'infections ORL, d'effets secondaires liés aux antalgiques et de cervicalgies persistantes. Il présentait également une dépression avec somatisation, mais n'était plus suivi par un psychiatre. Sa capacité de travail était jugée nulle ;
 - dans un rapport du 27 novembre 2013, le docteur R_____, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué un Slac Wrist de stade 2 (instabilité post-traumatique) du poignet gauche – non dominant – avec une flexion-extension limitée, une diminution de la force de serrage, ainsi que des douleurs évaluées entre 5 et 6 sur une échelle visuelle analogique. Une opération chirurgicale avait été proposée à l'assuré, lequel y était toutefois réticent. Le pronostic était lentement défavorable, avec une évolution vers une probable arthrose pancarpienne. Dans une activité de bureau, la capacité de travail paraissait entière.
33. L'OAI a diligenté une expertise auprès du docteur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lequel a examiné l'assuré le 15 avril 2014 et établi son rapport le 22 avril 2014.

L'expert a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : lombosciatalgies gauches irritatives et déficitaires sur un plan sensitif et moteur L5 gauche dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire L5-S1 et protrusion discale paramédiane gauche en L2-L3 avec ostéochondrose de modic I postérieure ; névralgie cervico-brachiale irritative et déficitaire C6 droite

sur un plan sensitif dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 droite avec protrusions discales C4-C5 et C5-C6 ; status après cure chirurgicale d'une hanche gauche à ressaut ; arthrose du carpe gauche et gonalgies chroniques dans le cadre d'un status après méniscectomies bilatérales et d'un syndrome fémoro-patellaire modéré bilatéral. Il a également mentionné les diagnostics non incapacitants de status après néphrectomie gauche en 2006 en raison d'un carcinome urothélial, de bronchite chronique obstructive sur ancien tabagisme et de status après septoplastie nasale.

L'assuré se plaignait de cervicalgies diffuses plus ou moins intermittentes, qu'il évaluait entre 5 et 6 sur 10 sur une échelle visuelle analogique (EVA). Il déplorait également des lombalgies chroniques depuis quatre à cinq ans, qui s'étaient aggravées en 2013 et avaient été accompagnées de sciatalgies gauches ayant également nécessité des infiltrations. Il se plaignait enfin de coxodynies gauches, ainsi que de douleurs occasionnelles à la cheville et au poignet gauches. Dans son appréciation, l'expert indiquait avoir constaté un syndrome rachidien cervical et lombaire, restreignant la mobilité lombaire, ainsi que des signes de conflit fémoro-patellaire au niveau des genoux, mais sans limitation. La mobilité des hanches était normale et indolore, tandis que l'examen du poignet gauche ne montrait qu'une limitation minimale de la flexion-extension ainsi qu'une faiblesse subjective de la force de préhension. Étaient en outre constatés des signes radiculaires déficitaires sensitifs du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, avec un syndrome déficitaire moteur L5 gauche. Le bilan radiologique mettait en évidence des discopathies cervicales et lombaires, une hernie discale C3-C4, une protrusion discale paramédiane gauche, ainsi que des discopathies lombaires étagées, avec une arthrose postérieure et un léger rétrécissement du canal lombaire au niveau L2-L3. Le status après plastie de la hanche gauche à ressaut était sans répercussion sur la capacité de travail, à l'instar du syndrome fémoro-patellaire modéré et de l'arthrose de la main gauche. Entre 2009 et 2012, la capacité de travail avait été jugée entière dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 20%. Elle avait ensuite diminué en août 2012, du fait d'une péjoration au niveau du rachis cervical et lombaire. Depuis lors, elle s'élevait à 50% dans une activité adaptée, permettant d'alterner les positions toutes les trente minutes et d'éviter le port de charges supérieures à cinq kg, principalement au-dessus de l'horizontale, les positions en porte-à-faux du buste, les rotations et flexion/extension répétées de la nuque, les marches au-delà de cinq-cent mètres, le serrage d'objets et les flexions-extensions répétées de la main gauche. En annexe au rapport d'expertise figurait le compte-rendu d'une IRM de la colonne lombaire, effectuée le 4 novembre 2013.

34. Par avis du 19 mai 2014, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 80% jusqu'en juillet 2012. Dès le mois d'août 2012, des examens radiologiques avaient montré une aggravation de l'état de santé et la capacité de travail avait diminué à 50% dans une activité adaptée, selon l'expert S_____.

-
35. Par décision formelle du 30 juin 2014, reprenant les termes d'une communication du 21 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré que sa demi-rente d'invalidité était maintenue, sans modification du droit. Il ressortait de la comparaison des gains un degré d'invalidité de 16.72% dès 2009, puis de 54.64% dès août 2012.
36. Le 29 août 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. En cours de procédure, il a produit diverses pièces médicales, notamment :
- un rapport du Dr N_____ du 31 juillet 2014, dans lequel ce médecin relevait que le rapport d'expertise du Dr S_____ ne mentionnait pas les douleurs lombaires persistantes du dermatome L5, ni le probable syndrome du canal carpien droit. Il contestait également l'intensité des douleurs retenues par le Dr S_____. L'expert ne prenait pas en considération les effets secondaires des antalgiques prescrits et bien qu'il mentionnait une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de 2009, il ne retenait aucune augmentation de l'incapacité de travail, ce qui semblait irréaliste. Enfin, l'expert n'avait mentionné ni les résultats de l'IRM du 29 novembre 2012 (qui avait confirmé une dislocation du scaphoïde et de l'os semi-lunaire de la main gauche), ni l'IRM lombaire du 4 novembre 2013 ;
 - un certificat établi le 12 décembre 2014 par le docteur T_____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, indiquant que l'assuré subirait une intervention chirurgicale le 17 décembre 2014, laquelle nécessiterait un arrêt de travail de deux mois ;
 - un rapport du Dr N_____ du 4 mai 2015, signalant derechef une aggravation de l'état de santé et retenant les diagnostics d'arthrose évoluée trapézo-métacarpienne du premier rayon de la main droite, de status post cure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 en 2014, de discopathie D12-L1 avec remaniements de MODIC 1, de hernie discale paramédiane gauche (...), de sténose foraminale L2 bilatérale avec des troubles neurologiques dans les deux jambes, de status post fracture de l'apophyse épineuse L4, d'importants remaniements dégénératifs inflammatoires des articulations postérieures L4-L5, ainsi que de sténose du canal des deux racines L5 ;
 - un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 7 août 2015, concluant notamment à des remaniements dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés et à des discopathie protrusives.
37. Par arrêt du 14 mars 2016, la chambre de céans a annulé la décision du 30 juin 2014 et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction, puis statue à nouveau. La juridiction cantonale a constaté que l'expertise du Dr S_____ comportait une lacune, sans toutefois que l'on puisse lui dénier toute valeur probante, ce médecin n'ayant simplement pas motivé le taux d'incapacité de travail qu'il avait retenu. Il incombait à l'administration d'inviter l'expert à motiver son point de vue, mais également de prendre en considération les nouvelles atteintes diagnostiquées à l'assuré postérieurement à la décision (notamment le syndrome du canal carpien) et

d'examiner l'opportunité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, dans la mesure où le Dr N_____ avait posé un diagnostic de dépression avec somatisation. Enfin, par économie de procédure, la chambre de céans a tranché les griefs soulevés par l'assuré en lien avec le calcul du degré d'invalidité. Elle a retenu pour 2012 un revenu sans invalidité de CHF 64'325.- et un revenu d'invalidité de CHF 62'500.- pour un taux d'occupation de 100%, montant dont il conviendrait de déduire un abattement de 15% et qu'il appartiendrait à l'administration d'adapter au taux d'incapacité de travail finalement retenu par l'expert.

38. Par courrier du 1^{er} juin 2016, l'assuré a signalé à l'OAI que son état de santé s'était aggravé, qu'il souffrait de nouvelles hernies, qu'il boitait, que sa jambe gauche le faisait souffrir et nécessitait une médication par morphine. Il avait par ailleurs subi une infection nosocomiale en 2015 et trois interventions chirurgicales. Son état de santé était largement atteint depuis plusieurs années et l'empêchait d'exercer une activité professionnelle. Il joignait un rapport établi le 26 avril 2016 par le Professeur U_____, spécialiste en neurochirurgie, à teneur duquel il souffrait d'une hernie discale L3-L4 paramédiane gauche ainsi que d'un canal lombaire étroit L5-S1, raison pour laquelle une nouvelle intervention chirurgicale lui avait été proposée.
39. Par avis du 12 juillet 2016, la docteure V_____ du SMR a indiqué que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique lui paraissait injustifiée : lors de l'expertise du CEMed de 2009, la réaction dépressive était résorbée depuis deux ans et l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre. Dans son rapport d'octobre 2012, le Dr N_____ avait continué à attester un syndrome dépressif récurrent d'intensité moyenne avec somatisation « suivi par le Dr W_____ depuis juin 2006 », mais il avait ensuite confirmé, dans un courrier de février 2013, que son patient avait stoppé le suivi psychiatrique. Le Dr N_____ n'expliquait pas sur quels éléments cliniques il se fondait pour continuer d'attester une dépression moyenne avec somatisation et il ne mettait pas en évidence d'élément suggérant une aggravation d'ordre psychique depuis l'expertise du CEMed. Depuis la décision attaquée, l'état de santé s'était vraisemblablement aggravé sur le plan rachidien au moment de la première spondylodèse et la situation n'était pas stabilisée, car l'assuré devait encore subir une nouvelle chirurgie. Sur ce point et sur la question du tunnel carpien suspecté en 2014, il convenait d'inviter les médecins de l'assuré à transmettre leurs rapports. Il convenait par ailleurs d'interroger le Dr S_____.
40. À la demande de l'OAI, le Dr T_____ a confirmé dans un rapport du 22 juillet 2016 que l'assuré souffrait de lombocuralgies gauches évolutives depuis fin 2013. Il avait été traité du 12 novembre 2013 au 8 mai 2015 et n'avait plus consulté depuis. Du 20 janvier 2015, date de l'intervention chirurgicale, jusqu'au 8 mai 2015, son incapacité de travail était totale.
41. Également interrogé par l'administration, le Dr S_____ a exposé par courrier du 20 juillet 2016 que, pour conclure à l'existence d'une capacité résiduelle de travail exigible de 50%, il s'était fondé sur les dires de l'assuré et sur ses constatations

cliniques, qui résultaient tant de son examen proprement dit que de son observation : l'intéressé avait pu rester assis pendant près de septante minutes, sans avoir à se redresser de son fauteuil. Il avait ensuite pu se déshabiller puis se rhabiller, sans aide. Il était de constitution athlétique et n'avait clairement pas manifesté de signe clinique en faveur d'un déconditionnement physique. De surcroît, aucune boiterie n'avait été constatée lorsqu'il s'était déplacé. Il avait certes présenté un léger syndrome rachidien cervical et lombaire, mais la mobilité de ses hanches était conservée. L'examen neurologique avait principalement montré des troubles sensitifs du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, tandis que la manœuvre de Lasègue n'avait produit que des douleurs lombaires. L'assuré avait en outre été capable de marcher sans difficulté sur la pointe des pieds et les talons. Ainsi, il était ressorti de l'examen clinique une situation légèrement aggravée depuis l'expertise du CEMed de 2009, notamment au niveau du rachis cervical et lombaire. Pour autant, l'atteinte à la santé n'avait pas de répercussion fonctionnelle majeure au niveau de la main gauche, des genoux et de la hanche gauche. Pour évaluer la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que celle de télésurveillance, il s'était fondé sur les constatations objectives ressortant de son examen clinique plutôt que sur les plaintes algiques. Cette évaluation ne tenait compte que de l'atteinte rhumatologique mais pas des comorbidités, notamment psychiatriques, de l'assuré. Elle prenait en considération le fait que l'état de santé s'était aggravé postérieurement à l'expertise de 2009 et coïncidait avec l'opinion du Dr X_____, lequel avait jugé l'intéressé apte à exercer une activité adaptée 50% dans son rapport d'octobre 2012. Enfin, le Dr S_____ précisait que son appréciation tenait déjà compte d'une baisse de rendement, comme il l'avait déjà mentionné dans son rapport d'expertise.

42. Questionné lui aussi, le Dr N_____ a répondu à l'OAI, le 3 août 2016, qu'il ne disposait pas du rapport concernant le bilan neurologique effectué en 2014, en lien avec une suspicion de tunnel carpien.
43. Le 4 août 2016, le Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a transmis à l'OAI divers rapports de consultations des 5, 14 et 26 avril 2016, en relation avec le suivi des lombosciatalgies de l'assuré.
44. Par courrier transmis à l'OAI le 22 août 2016, l'assuré a indiqué souffrir de nouveaux problèmes de santé. Par ailleurs, il s'étonnait que l'administration ne lui donne pas de nouvelles depuis le dernier arrêt qu'avait rendu la chambre de céans. Il produisait notamment :
 - un bilan d'IRM de l'épaule droite du 21 juillet 2016, établi par les docteurs Y_____ et Z_____, de l'institut de radiologie Imagerive, faisant état d'une déchirure transfixiante du tiers moyen du tendon sous-scapulaire et de remaniements arthrosiques de l'articulation acromio-claviculaire ;

- un compte-rendu d'infiltration lombaire du 26 juillet 2016 du docteur AA_____, de l'Institut de radiologie Imagerive ;
 - une lettre de sortie du 18 août 2016, dont il ressortait que l'assuré avait séjourné pendant quatre jours aux HUG pour une bronchopneumonie, dont l'évolution avait été défavorable sous traitement antibiotique. Étaient mentionnés, à titre de diagnostics secondaire, une otite séro-muqueuse vs otite aigue gauche, une insuffisance rénale aigue, une perturbation des tests hépatiques dans le contexte para-infectieux et/ou d'origine médicamenteuse, une candidose oro-pharyngée, ainsi que des immoglobulines augmentées.
45. Par pli du 18 novembre 2016, l'assuré a réitéré que ses problèmes de santé s'étaient aggravés et déploré à nouveau le mutisme de l'administration. Il a notamment joint un bilan d'IRM de la colonne lombaire établi le 9 novembre 2016 par le Dr AA_____, concluant à une « spondylodiscarthrose marquée L1-L2 à L5-S1, avec un status post PLIF L4/L5, compliquée d'une hernie discale L3-L4 paramédiane gauche luxée vers le bas, d'évolution légèrement défavorable par rapport au comparatif datant du 1^{er} mars 2016 [...] ».
46. Le 22 décembre 2016, le docteur AB_____, psychiatre de l'assuré depuis le mois d'avril 2015, a complété un rapport destiné à l'OAI. Il y a fait état d'un trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité de l'adulte et de « plusieurs problématiques somatiques et de la statique ostéo-articulaires qui justifi[aient] une AI ». Étaient constatés un dysfonctionnement progressif des émotions et de la capacité à penser, une perte d'estime de soi, une tristesse, une perte d'espoir, une apathie, une anxiété, une distraction, un manque de motivation chronique et une indécision. La capacité de travail était jugée nulle depuis 2015 dans la profession antérieure de maître-nageur.
47. Par courrier du 10 janvier 2017, l'assuré a reproché derechef à l'administration des lenteurs dans le traitement de son dossier, ce à quoi l'OAI lui a répondu, le lendemain, que son dossier était en cours d'examen par le SMR et qu'il n'avait pas le moyen d'accélérer ce processus.
48. Dans un avis du 24 janvier 2017, la Dresse V_____ a estimé que le Dr S_____ avait motivé de manière convaincante la capacité résiduelle de travail de 50% qu'il avait attestée. Par ailleurs, l'état de santé s'était péjoré à partir du mois de janvier 2015, soit à partir de la première intervention que l'assuré avait subie au niveau du rachis lombaire. En raison d'une persistance des lombosciatalgies, l'intéressé avait été opéré une nouvelle fois en août 2015, mais ses douleurs avaient perduré et étaient devenues progressivement déficitaires en 2016, avec des troubles de la marche et une diminution de la force du membre inférieur. Malgré les deux interventions chirurgicales, l'évolution était défavorable et en avril 2016, avait été objectivé un déficit moteur L5, déjà évoqué par le Dr S_____ en 2014. La situation s'était encore compliquée en raison d'une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs du côté droit. Enfin, sur le plan psychiatrique, les renseignements du

Dr AB_____ plaident en faveur d'un épuisement des ressources psychiques. En définitive, compte tenu des comorbidités ostéo-articulaires et des nombreuses limitations qui en découlaient, le SMR jugeait l'assuré incapable d'exercer la moindre activité professionnelle depuis le mois de janvier 2015, date de sa première opération au niveau lombaire, le pronostic étant défavorable. Pour la période antérieure, sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était évaluée à 50% depuis 2006, à 80% depuis octobre 2007 puis à 50% dès le mois d'août 2012, conformément notamment aux expertises du CEMed et du Dr S_____.

49. Le 25 janvier 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, à teneur duquel il envisageait de lui accorder une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015 et de maintenir son droit à une demi-rente d'invalidité pour la période courant d'août 2012 à mars 2015.
50. Le 31 janvier 2017, l'assuré s'y est opposé : « mon opposition se porte sur le 50% pour une activité adaptée dès le 27 février 2010. Date à laquelle l'OAI avait attesté que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'OAI avait entrepris un complément d'instruction médicale auprès de mes médecins. En date du 28 octobre 2010, l'OAI persistait à dire que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Je ne peux que constater dans votre projet de décision qu'il est contradictoire à vos dires de 2010. Malgré le jugement du 14 mars 2016 de la Chambre des assurances sociales. Depuis, je vous ai transmis des certificats et rapports médicaux prouvant mon incapacité de travail à 100% et la dégradation de mon état de santé [...]. Peu d'éléments du jugement de la Chambre des assurances sociales sont pris en considération de votre part pour rendre objectif mon droit à une rente d'invalidité au taux de 100%, ceci depuis 2010. [...] Vous vous basez seulement sur les rapports médicaux de 2015 et de 2016. Le service médical de l'AI ne peut pas ignorer les 18 infiltrations dorsales et cervicales qui m'ont été prescrites depuis 2012 pour soulager les douleurs persistantes et qui [ont] été suivies de la perte à 90% de la vision de mon œil gauche et d'une mononucléose, du fait de mon rein unique qui ne me permet pas de prendre la plupart des antalgiques. Et de mon hospitalisation du mois d'août 2016 pour une bronchopneumonie, hépatite et insuffisance rénale, qui confirme que mes problèmes respiratoires datent de 2010 ».
51. Par décision du 13 mars 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015, trois mois après l'aggravation de son état de santé. Pour la période antérieure, soit depuis le mois d'août 2012, il a maintenu son droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 59%. Les arguments invoqués à l'appui de l'opposition ne permettaient pas de modifier l'appréciation de l'office, faute de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces médicales probantes. L'expert S_____ avait motivé de manière convaincante la capacité de travail retenue et pour le reste, la juridiction cantonale avait jugé son expertise probante.
52. Par lettre du 11 avril 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en invitant la chambre de céans à lui accorder un délai supplémentaire.

53. Par pli du 18 avril 2017, la chambre de céans a indiqué au recourant que, faute de conclusions et d'exposé succinct des faits ou motifs invoqués, son recours ne répondait pas aux réquisits légaux, de sorte qu'un délai au 28 avril 2017 lui était imparti pour le régulariser.
54. Par courrier du 28 avril 2017, l'assuré a complété son recours : « [...] art. 3, art. 8 ont été reconnu par des certificats médicaux et tout au long des années de 2010 à ce jour. De ce fait, l'AI ne pouvait pas ignorer mon état de santé. Durant tout ce temps, je ne pouvais pas exercer une activité professionnelle. Pour subvenir à mes besoins vitaux et à ceux de ma famille [...], j'avais comme seul revenu le 50% de rente AI. Quelle est la motivation de l'AI de prétendre que mon droit à une rente à 100% ne commence que le 1^{er} janvier 2015 [...] et pas avant puisque je remplis le droit à une obtention légale dès 2007, en vertu des articles mentionnés ci-dessus. Mais je veux bien faire un effort et ma demande débute le 27 février 2010. Ceci dit, ça ne signifie pas que j'étais apte au travail avant. Je prie la Cour de bien vouloir exécuter mon droit à 100% d'une rente AI au moins dès le 27 février 2010 [...] ».

À l'appui de son recours, l'assuré a notamment joint un rapport établi le 17 septembre 2015 par la doctoresse AC_____, ophtalmologue, concluant à une maculopathie infectieuse dont le pronostic paraissait incertain et à une acuité visuelle actuelle de 0.1 au niveau de l'œil gauche, après qu'un traitement antibiotique et anti-inflammatoire eût été pratiqué.

55. Dans sa réponse du 1^{er} juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Conformément à l'arrêt qu'avait rendu la chambre de céans en mars 2016, il avait réinterrogé le Dr S_____ pour qu'il motive ses conclusions sur la capacité résiduelle de travail, ce que ce dernier avait fait en juillet 2016. Son appréciation rejoignait celle exprimée par le médecin-traitant en octobre 2012, lequel avait lui aussi évalué la capacité résiduelle de travail à 50% dans une activité adaptée. S'agissant de l'évolution de l'état de santé depuis la décision – annulée – du 30 juin 2014, son service médical avait retenu une péjoration au plan ostéo-articulaire dès le mois de janvier 2015, qui coïncidait avec la première intervention du rachis lombaire, tandis que le Dr AB_____ avait fait état d'un épuisement des ressources psychiques. Compte tenu de ces éléments, son service médical avait conclu à une capacité de travail nulle dans l'économie libre depuis le mois de janvier 2015, avec un pronostic défavorable. De son côté, le recourant ne soulevait aucun argument qui permettrait à l'office d'apprécier différemment le cas, singulièrement d'aucun élément objectivement vérifiable, ignoré et suffisamment pertinent pour remettre en question ses conclusions et celles de l'expert.
56. Invité à répliquer jusqu'au 30 juin 2017, le recourant a requis un délai supplémentaire, délai que la chambre de céans lui a accordé jusqu'au 31 juillet 2017, avant de le prolonger jusqu'au 28 août 2017. Le recourant ne s'étant pas déterminé à cette date, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En outre, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

En l'espèce, la décision attaquée – qui circonscrit l'objet de la contestation – maintient le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité d'août 2012 à mars 2015 et lui accorde une rente entière dès le mois d'avril 2015. Elle ne se prononce en revanche pas sur son droit à une rente pour la période antérieure au 1^{er} août 2012. Partant, le litige ne porte que sur le droit du recourant à une rente entière plutôt qu'à une demi-rente, pour la période courant du 1^{er} août 2012 au 31 mars 2015.

En revanche, il n'appartient pas à la chambre de céans d'examiner si le recourant pourrait prétendre à une rente entière d'invalidité avant le mois d'août 2012, dès lors que cette question ne fait pas l'objet de la décision attaquée et partant, excède l'objet du litige.

-
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.
7. 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

En vertu de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

8. a. 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. 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).
- c. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

d. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).
11. a. À titre liminaire, il convient de rappeler que, dans sa décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OAI avait réduit la rente entière d'invalidité octroyée à l'assuré, en la remplaçant par une demi-rente. Par arrêt du 27 février 2007 (ATAS/215/2007), le TCAS avait confirmé cette décision par substitution de motifs, constatant que la décision initiale d'octroi d'une rente entière était erronée dès lors que seule une incapacité de travail de 50% aurait dû être retenue. Se fondant sur les expertises des Drs D_____ et C_____, la juridiction cantonale avait retenu une capacité résiduelle de travail de 50% depuis 1997 dans toute activité adaptée.
- b. Dans sa décision du 30 juin 2014, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr S_____. Après avoir retenu, entre autres, les diagnostics de discopathies L4-L5 et L5-S1, d'arthrose facettaire L5-S1, de protrusion discale paramédiane gauche L2-L3, de hernie discale C3-C4 droite, d'arthrose du carpe gauche et de syndrome fémoro-patellaire modéré bilatéral, cet expert a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1^{er} août 2012 dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.
- c. Dans son arrêt du 14 mars 2016 (ATAS/207/2016), la chambre de céans a annulé la décision du 30 juin 2014 et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète l'instruction. Elle a relevé que l'expertise du Dr S_____ examinait de manière circonstanciée les points litigieux, se fondait sur des examens complets, prenait en considération les plaintes du recourant et avait été établie en pleine

connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical était par ailleurs claire. Cependant, l'expert avait omis de motiver le taux d'incapacité de travail retenu, de sorte qu'il y avait lieu de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle invite l'expert à le faire. À l'occasion de ce complément d'instruction, il appartiendrait à l'OAI de prendre en considération les nouvelles atteintes diagnostiquées postérieurement à la décision du 30 juin 2014 et d'examiner l'opportunité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Pour le reste, la chambre de céans a écarté les critiques formulées contre l'expertise par le recourant et son médecin traitant, ressortant notamment du rapport que ce praticien avait établi le 31 juillet 2014 (cf. ATAS/207/2016 consid. 11b).

d. Suite à ce renvoi, l'OAI a invité l'expert S_____ à exposer les éléments sur lesquels il s'était fondé pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce que ce dernier a fait dans un rapport du 20 juillet 2016. Par ailleurs, l'administration a invité les médecins consultés par l'assuré à lui transmettre de nouveaux rapports. Sur la base des documents obtenus, le SMR a conclu, dans un avis du 24 janvier 2017 que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis le mois de janvier 2015, c'est-à-dire depuis la première des deux interventions chirurgicales qu'il avait alors subies au niveau lombaire. Malgré ces opérations, les lombosciatalgies avaient perduré et en 2016, elles s'étaient accompagnées d'un déficit moteur L5, de troubles de la marche et d'une diminution de la force du membre inférieur gauche. Une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs avait encore compliqué la situation et enfin, le Dr AB_____ avait fait état d'un épuisement des ressources psychiques. Le SMR en a tiré la conclusion que l'assuré n'était plus capable d'exercer la moindre activité professionnelle depuis le mois de janvier 2015. Il a par ailleurs jugé qu'une expertise psychiatrique était inutile.

12. Dans la décision attaquée, l'OAI retenu une capacité de travail nulle dès le 1^{er} janvier 2015 et accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015, trois mois après l'aggravation de son état de santé. Pour la période antérieure, d'août 2012 à mars 2015, elle a maintenu son droit à une demi-rente d'invalidité.

De son côté, le recourant requiert le versement d'une rente entière d'invalidité dès le 27 février 2010, soit depuis que l'administration lui aurait indiqué que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas opportunes. Il reproche à l'intimé de s'être exclusivement fondé sur les rapports versés au dossier en 2015 et 2016, sans tenir compte des documents antérieurs. Il souligne avoir souffert de problèmes respiratoires depuis 2010 et ajoute que depuis 2012, il a subi de nombreuses infiltrations dorsales et cervicales et a perdu 90% de la vue avec son œil gauche. Il ne peut au demeurant pas prendre la plupart des antalgiques, car il ne dispose plus que d'un seul rein.

13. a. D'emblée, il convient de rappeler que dans la mesure où la décision attaquée ne statue pas sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1^{er} août 2012, cette question excède l'objet du litige et n'a pas à être

tranchée dans le cadre du présent arrêt (cf. supra consid. 4). On se limitera à observer que contrairement à ce que semble considérer le recourant, le fait que l'administration ait renoncé à mettre en œuvre des mesures professionnelles en 2010 (parce qu'il s'y opposait), ne saurait justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de février 2010.

b. S'agissant de la période courant dès le 1^{er} août 2012, la chambre de céans constate que l'expert S_____ a dûment exposé les motifs pour lesquels il avait reconnu à l'assuré, depuis lors, une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité adaptée. Il a précisé que cette évaluation reposait tant sur les constatations cliniques ressortant de son examen médical que sur son observation de l'assuré. À cet égard, il a relevé que l'intéressé avait été capable de rester assis pendant près de septante minutes, de se dévêtir puis de se vêtir seul, mais également de se déplacer sans boiterie. La mobilité de ses hanches était conservée, malgré l'existence d'un léger syndrome rachidien cervical et lombaire. L'assuré avait en outre pu marcher sans difficultés sur la pointe des pieds et sur les talons, même si l'examen neurologique avait mis en évidence des troubles sensitifs du membre supérieur, respectivement du membre inférieur gauche. Selon l'expert, l'examen clinique avait mis en évidence une légère aggravation depuis l'expertise du CEMed de 2009, notamment au niveau du rachis cervical et lombaire, mais pas de répercussions fonctionnelles majeures au niveau de la main gauche, des genoux et de la hanche gauche. C'était sur la base de ces constatations objectives qu'il avait chiffré la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que celle de télésurveillance, étant précisé que ce taux tenait déjà compte du rendement diminué de l'assuré.

À la lumière des explications complémentaires qu'il a données, force est d'admettre que l'expert S_____ a motivé à satisfaction de droit ses conclusions sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Elles coïncident au demeurant avec celles du médecin-traitant de l'assuré, lequel avait également attesté, dans son rapport du 1^{er} octobre 2012, une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée. Pour le reste, l'expertise du Dr S_____ répond aux autres réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux, comme la chambre de céans l'a déjà relevé dans son arrêt antérieur (ATAS/207/2016 du 14 mars 2016 consid. 11b).

c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète – comme l'est l'expertise du Dr S_____ – elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, le recourant ne met en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui n'aurait déjà été pris en compte par l'expert S_____ et serait suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions. En particulier, l'expert a mentionné les infiltrations cervicales dont l'assuré a bénéficié pour traiter ses douleurs et le fait que des antalgiques et anti-inflammatoires ne lui sont prescrits qu'avec parcimonie dans la mesure où il ne dispose plus que d'un seul rein. L'expert a également fait état des antécédents de l'intéressé au niveau respiratoire (cf. pages 4 et 11 du rapport d'expertise). S'agissant de la maculopathie infectieuse de l'œil gauche, elle n'a été diagnostiquée qu'en septembre 2015, soit postérieurement à l'expertise, et il ne ressort de toute manière pas du rapport établi par la Dresse AC_____ qu'elle occasionnerait une incapacité de travail. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expert S_____ et a retenu, dès le 1^{er} août 2012, une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

d. Dès le 1^{er} août 2012, la chambre de céans a arrêté le revenu sans invalidité à CHF 64'325.- et le revenu d'invalidité à CHF 62'500.- pour une activité professionnelle exercée à plein temps (cf. ATAS/207/2016 du 14 mars 2016 consid. 13). En tenant compte du taux d'activité de 50% qui était alors exigible de l'assuré dans une activité adaptée et de l'abattement retenu par l'intimé de 15%, on obtient finalement un revenu d'invalidité de CHF 26'562.- (CHF 62'500.- x 50% x 85% = CHF 26'562.-). La comparaison des gains met en évidence un degré d'invalidité de 58.7% ((CHF 64'325.- – CHF 26'562.-) / CHF 64'325.-), qui n'ouvre droit qu'à une demi-rente d'invalidité (art 28 al. 2 LAI). Partant, c'est en vain que le recourant réclame le versement d'une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} août 2012 au 31 mars 2015.

e. Dès le 1^{er} janvier 2015, l'intimé a reconnu au recourant une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle, ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015, trois mois après la péjoration de son état de santé (art. 88a al. 2 RAI). Contrairement à ce que l'intéressé semble croire lorsqu'il se évoque son hospitalisation aux HUG en 2016, ainsi que les courriers qu'il a adressés cette année-là à l'OAI en vue de signaler de nouvelles péjorations de son état de santé, il est inutile de déterminer si son état de santé s'est aggravé derechef postérieurement au 1^{er} janvier 2015, puisque l'intimé lui a déjà reconnu, depuis lors, une totale incapacité de travail et de gain.

14. En définitive, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle maintient le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2012 au 31 mars 2015, puis lui accorde une rente entière dès le 1^{er} avril 2015. Mal fondé, le recours est rejeté.
15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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