

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1639/2015

ATAS/998/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux AVANCHETS, représenté par Monsieur B_____ recourant

contre

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

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, marié et père de trois enfants, a effectué un apprentissage de maçon, avec obtention d'un CFC et d'une maturité professionnelle. Suite à un accident survenu en 1992, l'assuré a cessé toute activité jusqu'en 1994. De 1995 à 1997, il a suivi une formation de mécanicien sur machines à Moutier, avant d'entreprendre une nouvelle formation de 1997 à 2000 à l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne dans le cadre d'un reclassement octroyé par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Berne. Ledit reclassement a été interrompu en date du 1^{er} octobre 2000. De 2001 à 2002, il a occupé un poste de responsable du service après-vente horlogerie chez C_____.

2. Arrivé à Genève, l'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) dès le 1^{er} janvier 2003.

Selon le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'OCE, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail et les limitations dans le cadre d'une activité professionnelle devaient être définies ultérieurement, étant précisé qu'il devait éviter d'être en contact avec différents produits mentionnés par la SUVA. Quant au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie également médecin-conseil de l'OCE, il a indiqué dans un rapport du 23 juillet 2003 que l'assuré ne pouvait pas porter des charges et qu'il connaissait des limitations de type allergique. Une réinsertion professionnelle était indiquée, soit dans une activité indépendante ou dans un travail d'huissier, ou encore dans le cadre d'une formation dans le domaine social.

Par décision du 1^{er} juin 2004, l'OCE a prononcé l'inaptitude au placement de l'assuré, pour raisons médicales.

3. Parallèlement à la procédure pendante devant l'OCE, l'assuré a également déposé, en date du 16 septembre 2003, une demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en raison de dorsalgies, lombalgies chroniques, d'une maladie de Scheuermann et de dépression récurrente, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juillet 2003. En raison de ces atteintes, il avait déjà bénéficié d'une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité du canton de Berne. Il avait dû réduire son activité à 60 % dès le 1^{er} juillet 2002, ensuite de quoi son employeur avait résilié le contrat.

4. Dans son rapport du 21 décembre 2003 destiné à l'OAI, le docteur F_____, médecin généraliste FMH et médecin traitant, a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques anciennes avec blocages récidivants ainsi que d'un état dépressif chronique. Une rente n'était pas indiquée, le patient devant être encouragé dans le cadre de mesures professionnelles pour la reprise d'un magasin de pêche, aucune de ses anciennes activités de tailleur de pierres, de guide de pêche ou d'assistant social n'étant envisageable. L'examen IRM pratiqué le 19 juin 2003

montrait des séquelles d'une maladie de Scheuermann à la charnière dorso-lombaire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait maintenir la position assise ou debout ou encore la même position du corps pendant longtemps, ni incliner le buste, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser ou se déplacer sur un sol irrégulier.

5. À teneur du rapport du 8 août 2004 du Dr F_____, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics. L'état dépressif était traité par antidépresseurs et devait s'améliorer dans les mois à venir avec le prononcé de son divorce. La solution la moins dommageable pour l'assuré était de monter une petite entreprise dans le domaine de la pêche, mais il manquait le financement qui pouvait toutefois être obtenu par le biais d'une demi-rente, les autres solutions, à savoir une rente complète ou un troisième projet de réadaptation, apparaissant plus dommageables.
6. Le 24 avril 2005, le Dr F_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis environ une année, les diagnostics étant désormais les suivants : lombalgies chroniques, état dépressif grave, chondropathie rotulienne bilatérale et status après transposition de la rotule gauche. Le patient présentait de nombreuses limitations. L'aggravation subjective et objective pouvait être partiellement réversible avec un traitement psychique et physique intensif, dont l'assuré ne pouvait toutefois bénéficier en raison de sa situation financière. Le praticien préconisait ainsi une expertise, afin d'évaluer les mesures les plus urgentes à prendre sur le plan du traitement psychique et physique ainsi que pour une réadaptation.
7. Dans un rapport du 7 mai 2006, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. La situation médicale s'était chronicisée alors que la situation sociale s'était améliorée avec le prononcé de son divorce. Une prise en charge psychiatrique n'avait pas eu lieu faute de demande de la part du patient et au vu des moyens financiers de ce dernier, lequel était en faillite personnelle et ne payait plus les primes d'assurance de sorte que les soins n'étaient pas remboursés.
8. À la demande de l'OAI, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : le SMR) a effectué, en date du 30 janvier 2007, un examen rhumatologique et psychiatrique. Selon le rapport du 14 février 2007 y relatif, les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont retenu les diagnostics suivants : rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles d'une maladie de Scheuermann et malformation de la charnière lombo-sacrée (M 54), syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une discrète gonarthrose débutante, status après transposition de la tubérosité tibiale antérieure gauche en 1998 (M 22.2), allergies cutanées et respiratoires aux benzines, émulsions, huile de coupe et ammonium quaternaire (avec répercussions sur la capacité de travail) et accentuation de certains traits de la personnalité d'ordre narcissique, impulsif et anxieux, un ou plusieurs états

dépressifs réactionnels inclassables vu le manque d'information, chaque fois avec rémission (sans influence sur la capacité de travail). Au vu des diagnostics retenus, les médecins du SMR ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon, de mécanicien de machine et dans le service après-vente de l'horlogerie si cela nécessitait la manipulation de produits allergènes non supportés par l'assuré. Dans une activité adaptée respectant les limitations ostéoarticulaires et allergiques (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges de plus de 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé, pas de travail sur escabeau, échelle ou escalier, pas de travail nécessitant des genuflexions répétées, des positions debout prolongées de plus d'une heure ou des marches prolongées de plus d'une heure, pas d'exposition aux produits allergènes pour l'assuré soit benzines, huile de coupe et ammonium quaternaire), la capacité de travail était complète.

9. Dans son avis du 12 mars 2007, le SMR a considéré que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts.
10. Par décision du 4 septembre 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris que dans une activité adaptée aux limitations ostéo-articulaires et allergiques, la capacité de travail de l'assuré était totale. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 22 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.
11. L'assuré a contesté cette décision en interjetant recours par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent. Il a soutenu qu'une activité adaptée à temps complet n'était pas exigible en raison du problème rachidien, sans une formation, et a fait état de problèmes psychiques lui interdisant l'accès à certaines professions. Il a conclu à l'octroi d'une mesure de réadaptation, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
12. Par arrêt du 17 septembre 2009 (ATAS/115/2009), le TCAS a partiellement admis le recours de l'assuré. Se référant au rapport du SMR, le TCAS a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et a jugé que si la capacité de travail était complète dans une activité adaptée, cette dernière n'avait pas été définie concrètement par le service de réadaptation professionnelle. Il n'était ainsi pas en mesure de se prononcer au sujet de la mesure de réadaptation, ni quant à l'octroi d'une rente. En conséquence, le TCAS a annulé la décision de l'OAI, octroyé une mesure d'orientation professionnelle dans le sens des considérants et renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre la mesure, avant de se prononcer à nouveau quant à la demande de prestations du recourant.
13. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a organisé une mesure d'observation professionnelle auprès du centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), soit plus particulièrement un stage auprès des établissements

publics pour l'intégration (EPI), lequel a été effectué du 8 février 2010 au 7 mars 2010. Dans leur rapport du 8 mars 2010, les EPI ont conclu que les capacités physiques observées étaient incompatibles avec une activité professionnelle légère, même à temps partiel, en raison des difficultés de maintien de la position assise, des alternances fréquentes de positions ainsi que du risque d'absentéisme. Dans ces conditions, l'assuré n'était pas dans l'état physique permettant de suivre une formation professionnelle. Le comportement de l'assuré durant le stage était resté très ambivalent entre le désir affiché de faire une formation et l'incapacité de tenir les positions de travail. Par ailleurs, il gérait mal son potentiel physique, s'investissant par moment dans le travail à un rythme qu'il ne pouvait maintenir de façon permanente et étant en arrêt le jour suivant en raison de son incapacité à maintenir l'une ou l'autre des positions de travail. Les EPI se référaient pour le surplus aux conclusions de son médecin consultant, le docteur I_____, auxquelles ils adhéraient.

14. Dans son rapport du 17 mars 2010, le Dr I_____ a relevé que s'il existait indéniablement des troubles statiques et dégénératifs du rachis qui contre-indiquaient les activités physiques lourdes et le maintien à très long terme de positions statiques, il semblait cependant peu vraisemblable qu'aucune activité ne pût être exercée. Or, l'assuré avait démontré au cours du stage une incapacité complète à maintenir une activité rentable malgré une qualité de travail ponctuelle correcte. Il existait par ailleurs des problèmes allergiques objectifs qui empêchaient la reprise d'activités dans la mécanique. Le Dr I_____ considérait également que les difficultés psychiques de l'assuré – nécessitant une prise en charge alors impossible en partie pour des raisons de revenus et d'assurances -, liées à des troubles de la personnalité anciens et à une certaine projectivité, semblaient constituer un obstacle significatif pour toute reprise d'activité ou tout projet de formation. Ces difficultés – qui semblaient permanentes depuis de nombreuses années si on se référait au parcours personnel très difficile de l'assuré, aux nombreux épisodes de décompensation, de tentamens et de consommation passée abusive d'alcool et de cannabis – étaient considérées comme non significatives par les experts commis par l'AI. Si les troubles psychiques n'étaient pas considérés comme invalidants de manière directe, le Dr I_____ était d'avis qu'ils semblaient malgré tout jouer un rôle déterminant dans la situation actuelle.
15. Par avis du 9 juillet 2010, le SMR, sous la plume du docteur J_____, a estimé que les traits de personnalité révélaient un caractère particulier, mais non une incapacité de travail durable. En l'état du dossier, les conclusions du rapport du SMR du 12 mars 2007 restaient valables.
16. Par décision du 7 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que, suite au stage aux EPI, le service de réadaptation avait considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dès lors qu'elles ne seraient pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité adaptée.

Par ailleurs, l'assuré avait les capacités de trouver une activité adaptée ne nécessitant pas de formation qualifiée.

17. Le 8 avril 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
18. Par arrêt du 24 août 2011 (ATAS/770/2011), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, désormais compétente, a partiellement admis le recours, en ce sens qu'elle a confirmé la décision sur la question du droit à une mesure d'ordre professionnel et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la question du droit à la rente. À l'appui de sa décision, la chambre des assurances sociales a considéré qu'elle n'était pas en mesure de statuer sur le droit à la rente dès lors que le rapport du SMR sur lequel se fondait l'OAI datait de plus de quatre ans et que le dossier ne contenait pas de renseignements médicaux postérieurs à cette expertise. Par ailleurs, étant donné que le médecin-conseil du COPAI faisait état de troubles psychiques empêchant l'assuré de reprendre une activité et de suivre une formation professionnelle, il n'était pas exclu que la situation ait évolué. Enfin, le dossier n'était pas complet, dans la mesure où il ne contenait pas le dossier AI du canton de Berne et que l'on ignorait pour quelles raisons le reclassement professionnel accordé avait été interrompu. Par conséquent, en l'absence de données médicales actualisées, la chambre des assurances sociales n'était pas en mesure de statuer sur le droit à la rente de l'assuré.
19. Le 30 janvier 2012, le Dr F_____ a expliqué que les plaintes de l'assuré n'avaient pas varié. Il se déplaçait avec une canne, lentement, avec une raideur de tout le rachis et une boiterie gauche. Des douleurs des deux chevilles et une arthrose érosive des doigts en activité étaient venues s'ajouter aux plaintes déjà existantes. L'assuré présentait en outre les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise au-delà de 20 minutes, pas de positions debout au-delà de 30 minutes, pas de port de charges supérieures à 5 kg.

En annexe à ce courrier figurait le rapport destiné à l'OAI daté du même jour, dans lequel le Dr F_____ posait les diagnostics de lombalgies et cervicalgies chroniques, souffrance chronique du genou gauche et status après transposition de la rotule.

20. À la demande du SMR, l'OAI a récolté les documents suivants :
 - Le rapport d'expertise de la polyclinique de rhumatologie de l'hôpital de l'île à Berne, du 16 février 1993, dans lequel les médecins mentionnaient les atteintes suivantes : légère scoliose de torsion, syndrome douloureux fémoro-patellaire, légère chondrose L5-S1 et status après maladie de Scheuermann, épanchement articulaire au niveau des deux genoux, protrusion discale D8-D9 (« Thorakal 8/9 »). Les atteintes diagnostiquées n'expliquaient pas les plaintes de l'assuré, raison pour laquelle les médecins posaient les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes et de syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux

côtés, ainsi que le diagnostic différentiel de douleur psychogène ou de dorsalgies psychogènes et suggéraient une expertise psychiatrique complémentaire. Ces atteintes étaient théoriquement compatibles avec une capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle de maçon. Cela étant, compte tenu de la situation globale (longue anamnèse, situation psychosociale tendant vers une chronicisation des douleurs, situation du marché), la rééducation dans la profession habituelle de maçon ne paraissait pas réalisable.

- Le rapport d'expertise du 3 juin 1993 établi par les médecins psychiatres de l'Hôpital de l'Ile, dont il ressortait que l'assuré avait souffert, dans une phase vulnérable de sa vie (mariage récent, changement d'activité professionnelle, intention de créer sa propre entreprise) d'un événement douloureux aigu au niveau du dos et des deux genoux. Du point de vue somatique, ni l'examen clinique, ni l'imagerie pratiquée n'avaient mis en évidence des éléments pathologiques relevant. La situation était claire du point de vue psychique : les douleurs présentaient un caractère de protection psychique, protégeaient d'une décompensation l'assuré, qui était très exigeant envers lui-même. La réaction de l'assuré par rapport à l'événement menaçant était compréhensible au vu de sa structure de personnalité grandiose-narcissique et de sa manière de vivre, de sorte qu'on devait lui reconnaître valeur de maladie. Du point de vue thérapeutique, une psychothérapie intensive était théoriquement l'idéal. Toutefois, dans la mesure où l'assuré avait rapidement mis fin à son suivi psychique initié après sa tentative de suicide, une psychothérapie paraissait dénuée de succès. Un reclassement dans une profession moins exigeante physiquement aurait plus de chance de succès.
- Une appréciation complémentaire des médecins-psychiatres de l'Hôpital de l'Ile du 13 août 1993, dont il ressortait qu'en raison de sa personnalité grandiose-narcissique, l'assuré s'imposait des attentes tellement élevées qu'elles ne pouvaient être atteintes. La profession de maçon, qui était une activité lourde physiquement, était susceptible de mener à des situations de surcharge récidivantes, ce qui pouvait avoir pour corollaire la chronicisation de la douleur. En revanche, une activité moins lourde physiquement, comme celle de chef de chantier, ne remettrait pas en question l'invulnérabilité grandiose de l'assuré, ce qui entraînerait une stabilisation sur le plan psychique et une amélioration de ses plaintes. Par conséquent, compte tenu de ces considérations, une activité lourde dans le domaine de la maçonnerie n'était pas exigible.
- Une appréciation du Dr F_____ du 24 juin 2012, dont il ressortait que dans la mesure où il n'était plus remboursé par son assurance-maladie, l'assuré ne consultait plus de médecins, ne faisait pas d'exams et était dans l'impossibilité de se soigner. Le médecin traitant avait toutefois récemment vu l'assuré, lequel lui avait fait part de plaintes inchangées : douleurs lombaires, cervicales et du genou gauche avec une limitation dans toutes les activités (marche, port de charges, positions assise ou debout prolongées, ménage).

L'état dépressif lié aux douleurs et aux soucis financiers du ménage ne s'était pas non plus modifié.

21. Les 21 janvier et 29 avril 2013, les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, et L_____, spécialiste en psychiatrie, médecins auprès du SMR, ont procédé à un examen de l'assuré.

Selon leur rapport du 16 août 2013, ils ont diagnostiqué les atteintes suivantes : trouble de la personnalité mixte, narcissique, impulsif et anxieux décompensé (F61.0), majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0), lombalgies dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1, gonalgies antérieures dans un contexte de surcharge du tendon quadricipital, de vraisemblable syndrome rotulien bilatéral (avec répercussion sur la capacité de travail) et de rachialgies chroniques, avec absence de substrat organique, dans un contexte de syndrome douloureux psychogène, obésité de classe II, arthrose débutante des mains et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) (sans répercussion sur la capacité de travail).

Les atteintes diagnostiquées entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de flexion-extension répétées du tronc ou d'attitude prolongée en porte-à-faux ; pas de position statique assise au-delà d'une heure, debout au-delà de 30 minutes ; pas de port de charges répété au-delà de 10 kg, pas de montée descente d'escaliers ; pas de travail debout prolongé au-delà d'une heure ; pas de travail accroupi ou à genoux et, sur le plan psychique, l'impulsivité, l'anxiété, la vulnérabilité psychique, la diminution de la résistance psychique, la surestimation de soi et les douleurs ressenties.

Compte tenu des atteintes diagnostiquées et des limitations fonctionnelles retenues, les médecins ont considéré que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité initiale de maçon. En revanche, dans l'activité d'employé chez C_____ ainsi que dans toute activité adaptée, il était capable de travailler à 50% depuis janvier 2007, étant précisé que la réduction de sa capacité de travail était due à son atteinte psychique exclusivement.

22. Par avis du 16 août 2013, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a constaté, après avoir résumé l'expertise du 16 août 2013, que celle-ci comportait une appréciation différente d'un même état de fait. En effet, la description clinique était superposable à celle de janvier 2007 mais les répercussions divergeaient. En présence de deux appréciations psychiatriques différentes portant sur un même état de fait, sans aggravation entre les deux, il convenait de mandater le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise.
23. Après un entretien avec l'assuré d'une durée de 2h50 le 22 janvier 2014 et l'étude du dossier transmis, le Dr N_____ a établi un rapport en date du 24 janvier 2014, dans lequel il a retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), présent depuis 1993, cette atteinte étant toutefois sans conséquence sur la capacité de travail.

Après avoir expliqué en détail pour quels motifs il s'éloignait des diagnostics de trouble de la personnalité grandiose-narcissique et de dépression, le Dr N_____ a rappelé que les douleurs ressenties par le recourant n'étaient pas entièrement expliquées par une affection physique. Cependant, dans la mesure où elles ne s'accompagnaient pas d'un véritable sentiment de détresse (non constaté à l'examen clinique), le critère A du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas vérifié de sorte que ce diagnostic ne pouvait être posé. Partant, le Dr N_____ se distanciant des rapports mentionnant une telle atteinte. En revanche, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques devait effectivement être posé, les arguments en faveur de ce diagnostic étant la possibilité d'une sollicitation accrue de l'entourage, le fait de pouvoir se substituer aux exigences d'une activité professionnelle ou encore la compensation financière sous forme d'une rente de l'assurance-invalidité. Cela étant, le diagnostic susmentionné n'était pas à l'origine d'une réduction de la capacité de travail compte tenu de son aspect relativement conscient. Pour ce motif, le Dr N_____ s'éloignait de l'appréciation du SMR du 16 août 2013.

Forts de ses constatations, le Dr N_____ a considéré que l'examen clinique du 22 janvier 2014 n'avait pas mis en évidence un état induisant de limitations fonctionnelles psychiques ou une incapacité de travail durable même partielle. Partant, la capacité de travail de l'assuré était complète sur le plan psychique (8h30 par jour).

24. Par avis du 19 mai 2014, la Dresse M_____ a considéré, après avoir résumé le rapport d'expertise du Dr N_____ du 22 janvier 2014, que les conclusions du rapport du SMR du 12 mars 2007 restaient valables.
25. Le 4 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. En effet, le degré d'invalidité de 21% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, le service de réadaptation avait considéré, à l'issue d'une mesure dans un centre COPAI, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
26. Par courrier du 10 juillet 2014, l'assuré s'est opposé au projet de décision, constatant que la teneur du projet de décision correspondait à celle de la décision du 4 septembre 2008, annulée par le TCAS dans son arrêt du 17 septembre 2009, dans lequel cette juridiction avait notamment relevé que l'activité adaptée n'avait pas été définie concrètement et annulé la décision querellée, renvoyant le dossier à l'OAI, celui-ci étant invité à mettre en place une mesure d'orientation professionnelle dans un centre COPAI. Courant 2010, un tel stage avait été mis sur pied dans le but de définir l'activité adaptée. Le centre en question était arrivé à la conclusion que les capacités physiques étaient incompatibles avec une activité professionnelle légère, même à temps partiel, en raison des difficultés de maintien de la position assise, des alternances fréquentes de positions ainsi que du risque d'absentéisme. L'activité initialement retenue par l'OAI n'avait toutefois pas été définie. Suite à l'arrêt du 24 août 2011, la cause avait une nouvelle fois été renvoyée à l'OAI, qui n'avait

toujours pas défini l'activité adaptée, retenant simplement que le degré d'invalidité était de 21%. Par conséquent, l'OAI devait soit octroyer une rente d'invalidité soit mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité adaptée à définir, activité devant tenir compte de toutes les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires et allergiques retenues.

27. Par avis du 25 septembre 2014, la Dresse M_____ a relevé que les allergies cutanées et respiratoires n'empêchaient pas l'assuré d'exercer une activité adaptée pour autant qu'il ne fût pas exposé de manière durable et intense à des substances allergènes. Par ailleurs, il n'existait aucun argument médical objectif permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré ou l'apparition d'une nouvelle atteinte depuis le 19 mai 2014. L'assuré ne contestait enfin ni les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail à 100% exigible dans une activité adaptée.
28. Selon une note interne du 27 novembre 2014, les activités adaptées dans le cas de l'assuré étaient les suivantes : patrouilleur scolaire (pas de port de charges), surveillant de cantines scolaires (pure surveillance), contrôleur / visiteur en salle blanche dans l'industrie légère (vérification visuelle de l'objet fini), ouvrier sériel à l'établi, huissier, par exemple dans un musée, chauffeur-livreur, coursier ou encore employé dans un centre d'appel.
29. Par décision du 15 avril 2015, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, reprenant en substance les mêmes arguments que ceux avancés dans le projet de décision du 27 novembre 2014 et précisant en outre les activités adaptées décrites dans la note interne précitée.
30. Le 19 mai 2015, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision du 15 avril 2015, concluant sous suite de frais et dépens, d'une part, à l'annulation de la décision du 15 avril 2015 en tant qu'elle refusait le droit à un reclassement professionnel et, d'autre part, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, respectivement d'un reclassement en la forme d'une formation HES en éducation sociale.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir que les activités de patrouilleur scolaire ou de surveillant à la cantine scolaire étaient des activités à temps partiel uniquement, lesquelles étaient au surplus attribuées à des personnes placées. Les activités de contrôleur ou ouvrier sériel à l'établi étaient contre-indiquées, vu non seulement les positions en « porte-à-faux » ou en position assise qu'elles imposaient mais également compte tenu de l'exposition à des produits allergènes. Les emplois d'huissier ou employé dans un centre d'appel n'étaient pas non plus compatibles avec les limitations fonctionnelles. Enfin, s'agissant des activités de chauffeur-livreur ou de coursier, elles n'étaient pas adaptées, étant donné qu'il n'était pas au bénéfice d'un permis de conduire. En fin de compte, aucune des activités mentionnées par l'OAI ne permettait d'obtenir un salaire équivalent à celui obtenu dans l'activité habituelle de maçon, dans laquelle il aurait été en mesure de gagner, selon la convention collective applicable aux gros œuvres,

un salaire moyen de CHF 74'100.-. Les activités mentionnées par l'OAI n'étant pas adaptées à ses limitations fonctionnelles, un reclassement paraissait la solution la plus adaptée à son cas. Or, une telle mesure n'avait à aucun moment été abordée ni examinée par l'OAI (ci-après : l'intimé) alors qu'elle répondait aux conditions de l'art. 17 LAI.

31. L'intimé a répondu en date du 16 juin 2015 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Des mesures de reclassement avaient été prises en charge par l'OAI par le passé. Par ailleurs, par arrêt du 24 août 2011, la chambre des assurances sociales avait confirmé la décision du 7 mars 2011 refusant le droit à un nouveau reclassement professionnel. Par conséquent, suite à l'arrêt précité, seul l'examen du droit éventuel à une rente d'invalidité faisait l'objet de la procédure devant l'OAI. Selon l'expertise rhumatologique et psychiatrique, seules des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte au niveau des genoux avaient été admises. En effet, les douleurs dorsales (cervicales et lombaires) s'inscrivaient essentiellement dans un contexte de trouble somatoforme douloureux, lequel ne remplissait pas les conditions auxquelles une telle atteinte pouvait exceptionnellement se voir reconnaître un caractère invalidant. Par conséquent, les activités professionnelles énumérées dans la décision, lesquelles ne nécessitaient pas de reclassement, devaient être considérées comme étant adaptées.
32. Les parties ont persisté dans leur position respective par réplique du 14 juillet 2015 et par duplique du 23 juillet 2015.
33. Sur ce, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Déposé le 16 novembre 2014, le recours l'a été en temps utile.

4. En premier lieu, il convient de déterminer l'objet du litige.

a/aa. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). 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, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

a/bb. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2).

Les conclusions permettent au juge de déterminer comment le recourant souhaite que la décision querellée soit modifiée. Les conclusions n'ont pas à être formulées expressément mais elles peuvent également ressortir de la motivation du recourant. S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 46-47 ad art. 61).

b. En l'espèce, à teneur des conclusions formelles de l'acte de recours, il apparaît que le recourant conteste le fait que l'intimé ne l'ait pas mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel et, plus particulièrement, d'une mesure de reclassement. Il ressort en outre de la lecture du mémoire de recours que le recourant conteste également les activités adaptées retenues par l'OAI et considère, dans ce contexte, que dès lors qu'elles ne tiennent pas compte des limitations fonctionnelles, un reclassement paraît la solution la plus adaptée. Enfin, selon la duplique, le recourant « demande à la Cour de répondre favorablement à [sa]

demande, selon la formulation de [sa] défense, [lui] permettant d'obtenir le droit à une formation professionnelle HES en travail social ».

Partant, au vu des conclusions formelles et du texte du recours et de la duplique, il doit être considéré que le litige porte uniquement sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et plus particulièrement sur son droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, à l'exclusion du droit à une rente.

5. Dans la mesure où, dans son arrêt du 24 août 2011, la chambre de céans a déjà statué sur la question du droit à des mesures d'ordre professionnel, il y a lieu de déterminer si l'OAI devait réexaminer cette problématique.

a. Dès qu'elle n'est plus susceptible d'un recours ordinaire - soit que le délai de recours est échu sans avoir été utilisé, soit que l'autorité de dernière instance s'est prononcée définitivement - une décision bénéficie de la force de chose décidée. En d'autres termes, l'application du régime qu'elle établit est censée conforme à l'ordre juridique, même si, en réalité, cette décision est viciée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2007 du 24 juillet 2008).

b. Une décision revêtue de l'autorité de chose jugée peut toutefois être modifiée aux conditions de l'art. 53 LPGA. Ainsi, l'administration peut notamment reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1).

À teneur de la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 130 V 71, consid. 4.2, ATF 119 V 479 consid. 1b/cc, 117 V 12 consid. 2a et les références; SVR 2004 ALV 1 p. 1 consid. 2.1; pour une appréciation critique sur ce point, voir notamment Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 47/2003 p. 400).

c. Lorsque l'autorité cantonale de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe, qui était exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 de l'ancienne loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (aOJ - RS 173.110), est applicable même en l'absence de texte et vaut dans la procédure administrative en général, étant relevé que la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative (rendue en rapport avec l'art. 66 al. 1 aOJ) reste applicable sous l'empire de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110). L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà

définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2011 du 13 décembre 2011 consid. 2.1).

6. a. En l'espèce, par décision du 7 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations du recourant, au motif que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées étant donné qu'elles n'étaient pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité adaptée. Par arrêt du 24 août 2011 (ATAS/770/2011), la chambre de céans a confirmé cette décision du 7 mars 2011 s'agissant du droit à une mesure d'ordre professionnel (ch. 3 du dispositif), et elle a renvoyé la cause pour le surplus à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision quant au droit du recourant à une rente. L'arrêt du 24 août 2011 n'a fait l'objet d'aucun recours, de sorte qu'il est entré en force de chose jugée, entraînant par la même occasion l'entrée en force de chose décidée de la décision du 7 mars 2011 en tant qu'elle refuse le droit à des mesures d'ordre professionnel.

b. Suite au renvoi, l'OAI était lié par l'arrêt du 24 août 2011 précité et ne pouvait dès lors procéder à une instruction complémentaire qu'en ce qui concernait le droit à la rente. En d'autres termes, compte tenu du fait que la décision du 7 mars 2011 avait acquis l'autorité de chose décidée en tant qu'elle refusait le droit à des mesures d'ordre professionnel, l'OAI ne pouvait pas réexaminer cette problématique, sauf à reconsidérer sa décision initiale.

Or, force est de constater que l'OAI, se conformant à l'arrêt de renvoi, n'a instruit que les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée raisonnablement exigible. À aucun moment l'intimé n'a examiné si les conditions de la reconsidération étaient réalisées, à savoir si la décision du 7 mars 2011 était manifestement inexacte en tant qu'elle rejetait la demande de mesures d'ordre professionnel et, dans l'affirmative, si sa rectification revêtait une importance notable. En d'autres termes, l'OAI n'a pas souhaité revenir sur sa décision initiale, étant rappelé que la reconsidération est une faculté et non une obligation.

c. Certes, la décision du 15 avril 2015 est intitulée « refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles » et indique, en page 2, qu'« au vu de ce qui précède des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être ». Elle ne fait cependant que répéter la teneur sur ce point de la décision du 7 mars 2011, sans examiner concrètement si de telles mesures sont indiquées. Dans de telles circonstances, si on peut regretter les termes employés par l'OAI, on ne peut pas retenir que cet office serait en réalité entré en matière sur une demande de reconsidération et qu'il se serait une nouvelle fois prononcé sur le droit à des mesures d'ordre professionnel. Il s'est en réalité uniquement prononcé sur le droit à une rente d'invalidité, rappelant pour le surplus la teneur de sa précédente décision s'agissant des mesures d'ordre professionnel. Dans de telles circonstances, la chambre de céans ne saurait examiner si le recourant a droit, au regard d'un état de fait actualisé, à des mesures

d'ordre professionnel, et il appert pour le surplus que le refus du droit à une rente n'est pas contesté par le recourant.

7. Par conséquent, au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté en tant qu'il est recevable, le droit à des mesures d'ordre professionnel ayant fait l'objet d'une décision, datée du 7 mars 2011, entrée en force de chose décidée sur ce point.
8. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

* * * * *

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

1. Rejette le recours en tant qu'il est recevable.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
3. 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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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