

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1662/2013

ATAS/1000/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 octobre 2013

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître VILLA Marco

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1966, est arrivé en Suisse en février 1989. Il a travaillé en qualité de maçon pour l'entreprise de construction X\_\_\_\_\_. SA à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1992 avant d'être promu chef d'équipe le 1<sup>er</sup> janvier 2003.
2. En arrêt de travail depuis le 22 octobre 2003 en raison de vertiges entraînant des chutes, l'assuré a présenté le 29 mars 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Selon le questionnaire de l'employeur retourné à l'OAI le 16 avril 2004, l'assuré avait occupé en dernier lieu la fonction de chef d'équipe. Le dernier salaire annuel réalisé avant l'incapacité de travail, soit en 2002, s'était monté à 85'034 fr. 15.
4. Le 22 mai 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé qu'au vu des contradictions du dossier médical, il convenait de mettre œuvre une expertise.
5. Le 22 décembre 2005, l'OAI a décidé de prendre en charge les frais d'un stage d'observation au sein de l'entreprise sociale privée PRO du 16 janvier au 9 avril 2006. Après deux chutes survenues les 17 et 19 janvier 2006 à son lieu de travail, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée par son médecin traitant. Il n'a pas repris son stage et l'entreprise PRO y a mis fin en date du 14 février 2006.
6. Les 5 juillet et 29 août 2006, une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique a été réalisée au CEMED fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans leur rapport daté du 5 octobre 2006, les experts ont constaté que du point de vue ostéo-articulaire, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative concernant le rachis ou les membres. Au plan neurologique, les experts ont estimé qu'il existait une capacité de travail complète dans une activité adaptée, à savoir relativement sédentaire, légère, se faisant au sol et permettant des changements relativement fréquents de position. En conclusion, les médecins du COMAI ont retenu que l'activité exercée en dernier lieu était encore exigible au plan ostéo-articulaire et psychique, mais non pas du point de vue neurologique, et ce depuis la date de l'arrêt de travail en octobre 2003. D'autres activités, plus légères demeuraient exigibles, et ce à plein temps, mais avec un rendement de 75% au moins.
7. Les 6 et 7 novembre 2007, l'OAI a notifié à l'assuré les décisions relatives aux montants de sa propre rente, respectivement celles de ses deux enfants. Celles-ci lui octroyaient un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 42%, dès le 22 octobre 2004. L'assuré présentait en effet une capacité de travail entière dans une

activité adaptée, conformément aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI du 5 octobre 2006, la diminution de rendement signalée par les experts reposant sur des facteurs tels le manque de motivation ou la surcharge psychique qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. S'agissant de la mise en valeur de la capacité résiduelle, l'OAI relevait qu'un marché du travail équilibré, faisant abstraction de la conjoncture actuelle, était susceptible d'offrir à l'assuré de nombreuses opportunités de réinsertion dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. S'agissant enfin de la comparaison des revenus, il convenait effectivement de retenir un abattement sur le salaire statistique, évalué à 10% au vu de l'ensemble des circonstances.

8. Par arrêt du 24 juin 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a admis partiellement le recours interjeté par l'assuré le 10 décembre 2007. Considérant qu'il y avait lieu de retenir une diminution de rendement de 25% en lien avec l'état de santé neurologique de l'assuré, conformément aux conclusions des experts, ainsi qu'un abattement de 10% sur le salaire statistique, le TCAS a admis une invalidité de 56%. Partant, le Tribunal a annulé les décisions litigieuses, déclaré que l'assuré avait droit à une demi-rente d'invalidité et renvoyé la cause à l'OAI pour procéder au calcul de la rente. En l'absence de recours, cet arrêt est devenu définitif.
9. Le 22 septembre 2009, l'assuré a adressé une demande de révision à l'OAI, concluant au remplacement de sa demi-rente par une rente entière en raison d'une aggravation de son état de santé. Pour illustrer ses propos, l'assuré a fait état de lombalgies persistantes consécutives à une opération pour hernie discale, de douleurs dues à une fibrose post-opératoire touchant "le nerf", de céphalées et vertiges invalidants. Il a précisé qu'au vu de de cette évolution défavorable, il ne pouvait même pas travailler à 50%.

Par pli séparé du même jour, l'assuré a rappelé que l'arrêt du TCAS du 24 juin 2008 se fondait sur son état de santé arrêté à fin décembre 2007, mais qu'il avait subi, le 14 janvier 2008, une intervention auprès des HUG en vue de soigner une hernie discale. Il a précisé que cette opération s'était soldée par un échec. Pour appuyer ses dires, il a produit les rapports suivants:

- Rapport du 9 juin 2009 du médecin traitant de l'assuré, la Dresse B \_\_\_\_\_, médecin interne FMH: il en ressort que l'intervention du 14 janvier 2008 a entraîné comme complication une fibrose (confirmée par rapport IRM) autour de la racine S1 et des douleurs de type radiculaires et lombaires particulièrement invalidantes. Ainsi, l'assuré ne peut pas rester plus de 15 minutes assis, rester plus de 10 minutes debout sans bouger, travailler en hauteur, les bras au-dessus de la tête ou en position accroupie, lever la tête (extension de la colonne cervicale), travailler avec le tronc fléchi ou en rotation, porter plus de 5 kg. La Dresse B \_\_\_\_\_ précise que l'assuré subit également diverses limitations

dans sa vie quotidienne. Elle ajoute qu'au vu de l'ensemble de ses affections auxquelles se sont ajoutées les complications liées à l'intervention du 14 janvier 2008, l'assuré ne peut plus assumer quelque activité professionnelle que ce soit.

- Rapport du 8 juin 2009 du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie: ce praticien indique que l'opération du 14 janvier 2008 s'est soldée par une amélioration des douleurs en postopératoire, mais qu'elles persistent de façon un peu différente. Il rapporte que l'état clinique de l'assuré le fait pencher pour une lombosciatalgie S1 droite séquellaire peut-être bien en lien avec une fibrose de la racine, confirmée par IRM. En conclusion, le Dr C \_\_\_\_\_ mentionne que l'assuré présente une symptomatologie invalidante de vertiges, de chutes, de douleurs cervicales, de paresthésies des membres supérieurs transitoires, et plus récemment de lombosciatalgies droites. Il ajoute que la symptomatologie cervicale se complique de lombosciatalgies sur fibrose de la racine S1 et que l'importance des symptômes a pour conséquence une incapacité de travail complète.
  - Rapport du 25 mai 2009 du Dr D \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à la clinique de Neurochirurgie des HUG ayant réalisé l'intervention du 14 janvier 2008 motivée par la hernie discale L5-S1 droite de l'assuré: il en ressort que cette opération s'est bien déroulée, mais qu'après un laps de temps synonyme d'amélioration, l'assuré a à nouveau présenté des douleurs du membre inférieur droit. Il précise que l'IRM post-opératoire effectuée au mois d'avril 2008 montre une fibrose post-opératoire engainant la racine S1 droite. Il ajoute que ce type d'affection peut diminuer, mais qu'il ne disparaît pas complètement, ce qui est le cas chez l'assuré, malgré des séances de physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires. Le Dr D \_\_\_\_\_ considère qu'au vue des antécédents de l'assuré (chirurgie pour la maladie de Chiari en 1998 et chirurgie pour hernie discale lombaire compliquée d'une fibrose post-opératoire), l'assuré est incapable de travailler même dans une activité adaptée à son handicap et qu'il est clair qu'une rente à 100% doit lui être attribuée.
  - Certificat du 12 mai 2009 du Dr E \_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH: ce praticien certifie connaître et suivre l'assuré depuis le 2 décembre 2002 et atteste que ce dernier, "qui est parfaitement fiable dans ses symptômes", présente une incapacité de travail définitive de 100% et mérite l'octroi d'une rente à 100%.
10. Par avis du 9 avril 2010, la Dresse F \_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré à la lumière des rapports produits que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé et qu'il convenait d'instruire son cas plus avant.
11. Dans un rapport intermédiaire du 20 avril 2010 adressé à l'OAI, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Pour corroborer cette appréciation, il s'est référé à un entretien téléphonique du même

jour avec la Dresse B\_\_\_\_\_. Au cours de cette discussion, la Dresse B\_\_\_\_\_ lui a indiqué que l'assuré avait subi un examen ophtalmologique lors duquel des signes d'hypertension intracrânienne étaient apparus. Le Dr C\_\_\_\_\_ a ajouté que la Dresse B\_\_\_\_\_ et lui avaient décidé d'organiser une nouvelle IRM cérébrale et qu'il convenait probablement de refaire le point sur le plan neurochirurgical. Le Dr C\_\_\_\_\_ a en outre renvoyé à ses rapports des 8 juin 2009 et 16 septembre 2009.

Dans ce dernier document adressé à la Dresse B\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ relate un examen neurologique qu'il a effectué le 15 septembre 2009. Il en ressort en synthèse que les membres inférieurs présentent des troubles sensitifs modérés d'allure S1, une hyporéflexie achilléenne droite, mais pas de déficit moteur. Il ajoute que l'examen ENMG du membre inférieur gauche montre de rares fasciculations qui peuvent, comme c'est probablement le cas ici, traduire une atteinte radiculaire très chronique avec un peu de dénervation-réinnervation qui entraîne une hyperexcitabilité musculaire. Le Dr C\_\_\_\_\_ en conclut qu'il n'y a pas d'élément pour une atteinte radiculaire déficitaire ou pour une autre maladie neuromusculaire.

12. Dans un rapport du 3 mai 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'activité exercée par l'assuré n'était plus exigible, que ses restrictions (drop attacks, malaises en raison du peu d'effet de la décompression crano-cervicale de 1998 et sciatique persistante du membre inférieur droit) réduisaient totalement son rendement et ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, de sorte qu'une réadaptation professionnelle n'était pas possible et qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une reprise d'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis la dernière intervention, précisant que celle-ci avait eu lieu en mai 2008.
13. Le 17 mai 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'intention de l'OAI dont il ressort que l'assuré présente des vertiges persistants, des céphalées sévères et une lombosciatique chronique, d'où le pronostic extrêmement réservé de ce praticien. Le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré au vu de ces éléments qu'une incapacité de travail définitive de 100% était justifiée, ajoutant que les restrictions présentées par l'assuré ne pouvaient être améliorées par des mesures médicales et qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.
14. Dans un rapport intermédiaire du 31 mai 2010 adressé à l'OAI, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé début 2009 et allait s'aggravant, qu'en tant que l'assuré présentait une fibrose S1, il y avait un changement dans les diagnostics. Au nombre de ceux ayant une influence sur la capacité de travail, la Dresse B\_\_\_\_\_ a mentionné les sciatalgies sur fibrose de la racine S1 ainsi que le status post-opératoire de la maladie d'Arnold Chiari. La

praticienne a précisé que c'est en juin 2009 que l'aggravation de l'état de santé est devenue manifeste au point d'influencer négativement la capacité de travail qui est de 0% dans l'activité exercée précédemment et dans une activité adaptée. La Dresse B\_\_\_\_\_ a ajouté qu'un retour au travail ultérieurement n'était pas non plus envisageable, puisque de l'avis des neurochirurgiens, il n'y avait aucun traitement à proposer pour améliorer le status de l'assuré. Pour le surplus, la Dresse B\_\_\_\_\_ a renvoyé à son rapport du 4 juin 2010.

15. Le 8 juin 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire à l'intention de l'OAI dans lequel il a mentionné qu'une IRM cérébrale avait été effectuée le 22 avril 2010 par le Dr G\_\_\_\_\_, de l'institut de radiologie La Colline. Dans son rapport du 27 avril 2010 adressé à la Dresse B\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que les troubles présentés par l'assuré, soit des céphalées fronto-pariétales droites ainsi qu'une otalgie associée à des troubles visuels n'avaient pas montré d'anomalies autres que celles révélées par l'IRM précédente du mois de janvier 2009.
16. Par avis SMR du 22 juin 2010, la Dresse F\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'afin de déterminer si l'assuré pouvait toujours exercer une activité adaptée à 75%, une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et neurologique au BREM lui paraissait indiquée.
17. Par pli du 29 novembre 2010, la Dresse B\_\_\_\_\_ a annoncé à l'OAI qu'en complément à son rapport du 31 mai 2010, il convenait d'ajouter que l'assuré présentait également un syndrome des apnées obstructives du sommeil. Pour étayer ses propos, elle a joint un rapport d'enregistrement nocturne de l'oxymétrie réalisé la nuit du 21 au 22 mars 2010 par le Dr H\_\_\_\_\_, pneumologue FMH.
18. Une expertise bi-disciplinaire a été réalisée les 7 et 8 octobre 2010 par les Drs I\_\_\_\_\_, rhumatologue et médecin interne FMH et J\_\_\_\_\_, neurologue FMH, œuvrant tous deux pour le BREM. Un deuxième rendez-vous avec le Dr J\_\_\_\_\_ a eu lieu le 4 mars 2011.

Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré et recueilli ses plaintes, les experts ont examiné l'assuré.

Lors de l'examen rhumatologique du 7 octobre 2010, la Dresse I\_\_\_\_\_ relève qu'en observant l'assuré en salle d'attente à son insu, en particulier sur le plan de la gestuelle spontanée, il ne présente pas de limitation particulière et ne prend pas non plus de précaution particulière lorsqu'il est debout. L'experte ajoute qu'il peut se pencher pour prendre ses documents, d'un poids de 12 kg, dans son caddie, se relever avec agilité, sans présenter de signe "d'ébriété", d'instabilité. Elle précise que sa gestuelle est stable et précise, qu'il peut même se mettre à genoux, spontanément et sans aucune difficulté pour ôter les attaches élastiques autour de son caddie. Par ailleurs, la Dresse I\_\_\_\_\_ rapporte que l'observation de la

gestuelle spontanée lors du déshabillage montre une parfaite flexion du tronc. Le déroulement de celui-ci est très aisé avec une amplitude de la nuque qui n'est pas limitée. Par ailleurs, l'assuré enlève sa chemise par le haut, avec une abduction des épaules à 160°. Il se déshabille debout, en appui monopodal alterné à plusieurs reprises et est parfaitement en équilibre pour enlever et mettre ses chaussures et chaussettes, alors que l'experte lui a proposé de s'asseoir sur une chaise pour se déshabiller au vu des vertiges qu'il mentionnait lors de l'anamnèse. Lors de l'établissement du status ostéoarticulaire, la Dresse I\_\_\_\_\_ relève que l'assuré marche subitement en décharge du membre inférieur droit en oscillant le tronc, avec exagération, et que sa boiterie est variable tout au long de l'examen, selon sa distractibilité. Par ailleurs, l'experte souligne que lors de l'examen des membres inférieurs, le Lasègue est amené à 40° à droite, mais que lorsque le patient est distrait, on parvient à 90°.

Dans le cadre de la discussion qui s'ensuit, l'experte indique que l'anamnèse des douleurs remonte à une vingtaine d'années sous forme de rachialgies prédominant en région lombaire. Elle ajoute que c'est depuis le déconditionnement au travail avec l'aggravation des indices d'excès pondéral que la situation algique du recourant s'est aggravée. Elle précise que ses rachialgies gardent les caractéristiques de rachialgies communes dans une situation d'allodynie diffuse. Elle avoue ne pas être surprise que dans un tel contexte, l'intervention de « cure de hernie discale » n'ait pas permis d'amélioration subjective. Elle ajoute n'avoir pas d'argument pour suspecter une récurrence d'hernie compressive, précisant que les éléments de fibrose postopératoire n'ont pas de traduction au plan médullaire ni radiculaire, ni pour elle, ni pour le Dr J\_\_\_\_\_. Elle attribue ainsi l'accroissement des plaintes subjectives au contexte global de déconditionnement au travail, de déconditionnement général, à l'état de sédentarité avec obésité. Elle ajoute que les cervicalgies font partie du même tableau et que les limitations fonctionnelles retenues au moment de l'octroi de la rente restent d'actualité et s'accordent à l'ensemble de la pathologie dégénérative rachidienne. Elle considère que dans une activité légère, adaptée, il faut un seuil d'aggravation hautement significatif pour modifier l'exigibilité. De son point de vue, le recourant n'atteint pas ce seuil si l'on ne se contente pas de prendre en considération ses plaintes subjectives, mais que l'on confronte celles-ci avec les éléments objectifs du cas. Pour la Dresse I\_\_\_\_\_, il existe en effet une discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Elle en veut notamment pour preuve que l'assuré conduit une voiture dans le trafic, qu'il indique pouvoir maîtriser en tout temps le danger au volant, prévenir alors les malaises et avoir un parfait contrôle de sa jambe droite, de son bras droit et qu'il ne présente jamais à ce moment de perte de force. L'experte relève que ceci constitue un élément contradictoire avec les empêchements que l'assuré cite pour justifier qu'il ne souhaite pas mettre en œuvre une nouvelle évaluation de son aptitude au travail. L'experte rapporte à cet égard que l'assuré déclare qu'il risque de tomber d'un moment à l'autre, au point qu'il n'ose

se rendre en cuisine pour seconder son épouse, par crainte de se brûler. Commentant les dires de l'assuré, la Dresse I\_\_\_\_\_ évoque "un score de capacité fonctionnel évoquant un sujet en état grabataire". Elle y voit également une cause possible de l'échec de la réadaptation tentée au sein de l'entreprise PRO en 2006.

Selon l'experte, le fait que l'assuré ait été opéré du dos en 2008 justifie une incapacité de travail de trois mois environ à cette date, mais ne modifie pas l'exigibilité d'une reprise théorique de travail adapté. Elle précise avoir discuté de cette situation avec le chef du service d'ergothérapie du CHUV, précisant que celui-ci se tient à la disposition de l'OAI et des médecins traitants pour un bilan complet sur deux jours, aux ateliers professionnels du CHUV. Elle ajoute que la perspective d'un tel examen a suscité peu de motivation de la part de l'assuré.

Quant à la problématique dégénérative des genoux, l'experte reconnaît une limitation de la position à genoux prolongée et du travail en hauteur, mais elle fait remarquer que de telles limitations étaient déjà reconnues antérieurement.

En conclusion, la Dresse I\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas de différence dans l'appréciation diagnostique du cas par rapport à 2006, que ce soit sur le plan de la médecine interne ou sur celui de l'appareil locomoteur.

Lors de l'examen neurologique du 4 mars 2011, le Dr J\_\_\_\_\_ rapporte pour sa part que le Lasègue est impossible et que l'assuré présente une importante limitation active à la mobilisation de ses membres inférieurs déjà à 10°, précisant qu'il n'y a aucune douleur d'ordre radiculaire déclenchée dans ces mouvements. Dans le cadre de la discussion qui s'ensuit, l'expert relève que l'examen du 4 mars 2011 confirme l'existence de signes de majoration évidents (hormis de possibles troubles sensitifs L5 droit séquellaires), en particulier au niveau des manifestations douloureuses des membres inférieurs avec une contradiction entre le "testing au lit" et les capacités de marche. S'agissant des anomalies importantes du champ visuel et d'une hypothétique hypertension intracrânienne décrites par la Dresse K\_\_\_\_\_, il précise qu'il n'y a aucune corrélation clinique objective et qu'en conséquence, l'ensemble de cette problématique révèle l'existence d'une majoration importante.

En ce qui concerne les lombalgies, le Dr J\_\_\_\_\_ indique qu'elles sont sans aucune irradiation d'ordre radiculaire et que ceci est corroboré par la normalité de l'examen neurologique et de l'électroneuromyographie. Ainsi, l'expert relève que les données sont tout à fait superposables à celles effectuées dans le cadre de l'expertise du CEMed en 2006.

En conclusion, le Dr J\_\_\_\_\_ considère que du point de vue neurologique, il n'existe pas de changement significatif de l'état de santé de l'assuré justifiant une augmentation de sa rente d'invalidité. Il ajoute qu'il n'existe pas de véritable

limitation quant à ses activités professionnelles qui, dans une sphère adaptée, restent pleinement exigibles avec une diminution de rendement de l'ordre de 25%.

À la lumière de ce qui précède, les experts ont retenu pour seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail le status après intervention pour malformation d'Arnold Chiari type I en novembre 1998.

Évoquant les limitations en relation avec les troubles constatés, les experts ont considéré que l'assuré ne devait travailler ni en hauteur, ni sur une échelle, ne pas conduire d'engins de chantier, éviter les mouvements répétitifs mobilisant le rachis lombaire, la position en porte-à-faux, la position accroupie ou à genoux, le soulèvement répété de charges de plus de 10 kg.

Invités à dire s'il existait une diminution de rendement dans l'activité exercée jusqu'ici, les experts ont répondu qu'il existait une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25% qui restait justifiée dans une activité adaptée.

Évoquant les influences de l'état de santé sur la réadaptation professionnelle, les experts ont indiqué que des mesures de réadaptation n'entraient plus en ligne de compte, l'assuré ne faisant preuve d'aucune motivation.

19. Le 5 mai 2011, les experts ont rendu leur rapport à l'OAI. Dans leur lettre d'accompagnement du même jour, ils ont exposé n'avoir jamais reçu le rapport d'une IRM en position debout-couché qu'ils avaient demandée à un institut zurichois. Ils ont également indiqué qu'à l'initiative de la Dresse B\_\_\_\_\_, des troubles ophtalmologiques étaient toujours en voie d'investigation. Ils ont cependant ajouté qu'ils ne pensaient pas que ces troubles aient une répercussion sur leur appréciation de la capacité de travail de l'assuré.
20. Dans un rapport du 2 septembre 2011, la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré que le rapport d'expertise du BREM du 5 mai 2011 mettait en exergue un état de santé stationnaire depuis la précédente expertise réalisée au CEMed. Elle a ajouté qu'en tant que les experts retenaient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25%, leurs conclusions étaient convaincantes et méritaient d'être suivies.
21. Par projet de décision du 9 septembre 2001, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assuré et maintenu son droit à une demi-rente basé sur un degré d'invalidité de 56%. Se fondant sur le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2011 et le rapport d'expertise du 5 mai 2011, l'OAI a estimé qu'une activité adaptée restait exigible à hauteur de 75%.
22. Dans ses observations du 10 octobre 2011, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, s'est appuyé sur les rapports des Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ datés respectivement des 9 juin 2010, 8 juin 2009, 25

mai 2009 et 12 mai 2009 pour faire part de son désaccord avec le projet de décision du 9 septembre et réclamer une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

23. Le 24 octobre 2011, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2011. Il en ressort que l'assuré souffre d'œdèmes papillaires à répétition associés à des déficits visuels périphériques dans le cadre d'une hypertension intracrânienne.
24. Dans un rapport du 12 juillet 2012 à l'OAI, la Dresse K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré pouvait être qualifié de stationnaire depuis juin 2012. Rapportant que l'assuré souffrait actuellement uniquement de quelques déficits du champ visuel périphérique extrême, la praticienne a précisé qu'il n'en résultait pas une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations ophtalmologiques en question.
25. Par avis du 16 avril 2013, la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué qu'au vu du rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2012, l'avis SMR du 2 septembre 2011 restait valable.
26. Par décision du 18 avril 2013 reçue le 22 avril 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
27. Par acte du 22 mai 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision de l'OAI du 18 avril 2013.

Il fait valoir en substance que son état de santé s'est aggravé début 2008 en se fondant sur les rapports concordants de son médecin traitant et des spécialistes qui le suivent depuis de nombreuses années. Le recourant relève à cet égard que le Dr J\_\_\_\_\_ ne l'a reçu qu'à deux reprises et que la Dresse I\_\_\_\_\_ s'est contentée d'une seule consultation. Il considère également que l'intimé assimile à tort les spécialistes qui le suivent à des médecins traitants, seule la Dresse B\_\_\_\_\_ remplissant ce qualificatif. Le recourant relève également que la décision querellée ne mentionne pas le pli du 29 novembre 2010 par lequel son médecin-traitant faisait état d'apnées obstructives du sommeil documentées par un enregistrement du Dr H\_\_\_\_\_.

S'agissant de l'expertise, il reproche aux Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ de n'avoir pas pris en compte dans leur évaluation les résultats d'une IRM cérébrale debout/couché qu'ils avaient demandée et qui ne leur est jamais parvenue. Il leur fait également grief de n'avoir pas attendu l'issue des investigations ophtalmologiques encore en cours. Dans le même ordre d'idées, le recourant soutient que de l'aveu même des experts, leur rapport est incomplet, puisqu'il en ressort que le CHUV se tenait à la disposition du SMR et des médecins traitants

pour un bilan complet dans les ateliers du CHUV et que cette mesure n'a jamais été demandée.

Enfin, le recourant allègue qu'en tant que la capacité de travail résiduelle a été fixée à 75% par les experts dans une activité adaptée, il ne voit pas pourquoi il serait privé d'une diminution de rendement de 25% telle qu'elle a admise par le TCAS dans son arrêt du 24 juin 2008. Or, en tenant compte d'une réduction de rendement de 25% sur une activité exercée à 75% et en retenant l'abattement supplémentaire de 10% retenu dans le même arrêt, on aboutirait à un degré d'invalidité de 66,67% ouvrant le droit à un trois-quarts de rente.

À la lumière de ces éléments, le recourant conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière au plus tard dès le 22 septembre 2009 et, subsidiairement, d'un trois-quarts de rente au plus tard à partir de cette même date.

28. Par acte du 24 juin 2013, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée, faisant valoir que le rapport d'expertise du 5 mai 2011 avait valeur probante et qu'il établissait à satisfaction de droit que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé de manière notable et durable au point de modifier son droit à des prestations depuis la précédente décision entrée en force. Par ailleurs, l'intimé a soutenu que le fait que les médecins du BREM aient indiqué que le service d'ergothérapie du CHUV se tenait à disposition du SMR et des médecins traitants n'enlevait rien au caractère exhaustif du rapport d'expertise. Quant aux troubles ophtalmologiques mis en exergue par le recourant, l'intimé a rappelé que la Dresse K\_\_\_\_\_ avait attesté que les quelques déficits du champ visuels extrême ne réduisaient pas la capacité de travail du recourant - de 100% - dans une activité adaptée à ces limitations ophtalmologiques.
29. Ce courrier a été transmis au recourant et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230

---

consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une nouvelle demande de prestations du 22 septembre 2009 dans laquelle le recourant invoque une aggravation de son état de santé survenue début 2008 et ayant donné lieu à la décision de l'intimé du 18 avril 2013, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA)
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis 2008.
5. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

6. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer -, le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée (ATF non publiés)

9C\_732/2012 du 26 novembre 2012, consid. 4.2 et 9C\_661/2009 du 29 septembre 2009, consid. 3.2).

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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de l'arrêt du TCAS du 24 juin 2008 - qui se fondait sur l'état de santé arrêté à fin décembre 2007 - avec celle prévalant au moment de la décision du 18 avril 2013 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGa. L'arrêt du TCAS du 24 juin 2008 se fondait sur l'expertise du COMAI du 5 octobre 2006 dont les conclusions renaient une capacité pleine et entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25%.

En date du 22 septembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande à l'OAI en faisant valoir une aggravation de l'état de santé depuis remontant au début de l'année 2008. Considérant que les quatre rapports produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande avaient rendu plausible une aggravation de son état de santé, l'intimé a instruit plus avant le dossier et confié la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire au BREM afin de déterminer l'évolution de l'état de santé intervenue depuis lors.

10. Force est de constater que le rapport d'expertise du BREM remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont procédé à un examen complet et effectué une anamnèse détaillée. Leurs conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et motivées, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'en écarter.

L'assuré les conteste néanmoins. Il allègue que son état de santé s'est au contraire péjoré.

11. Le recourant tire avant tout argument des rapports produits à l'appui de sa nouvelle demande pour remettre en cause les conclusions des experts, soulignant que son médecin traitant, la Dresse B\_\_\_\_\_, et les spécialistes qui l'ont suivi, soit les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ considèrent de manière unanime en 2009 qu'il présente une incapacité de travail complète dans toute activité à la suite de l'opération qu'il a subie le 14 janvier 2008. Cela étant, le recourant souligne lui-même en page 12 de son mémoire de recours, et sans être contesté, que médecins et experts sont dans les très grandes lignes d'accord sur les pathologies dont il souffre, mais que les avis divergent sur les conséquences de celles-ci sur la capacité de travail. Force est dès lors de constater que les avis des médecins sur lesquels le recourant s'appuie et ceux des experts du BREM reflètent une évaluation différente d'une même situation.

Or, au regard des principes jurisprudentiels énoncés plus haut, il n'y a pas lieu de remettre en cause une expertise pour le simple motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion qui diffère de celle des experts.

Les Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ constatent certes de manière unanime la présence d'une fibrose post-opératoire à la suite de la chirurgie pour hernie discale lombaire du 14 janvier 2008, il n'en demeure pas moins que le rapport d'expertise relève de façon claire que les éléments de fibrose postopératoire n'ont pas de traduction au plan médullaire ou radiculaire et qu'ils s'inscrivent, tout comme les cervicalgies, dans le même tableau d'accroissement des plaintes subjectives, celles-ci s'expliquant par le déconditionnement, la sédentarité et l'aggravation de son excédant pondéral. Par ailleurs, même si les experts ne contestent nullement la présence d'une pathologie dégénérative rachidienne, ils

considèrent que l'on peut toujours exiger du recourant qu'il accomplisse une activité légère et adaptée à ses limitations.

La Dresse B\_\_\_\_\_ indique que le recourant présente des douleurs radiculaires et lombaires particulièrement invalidantes (impossibilité de rester plus de 15 minutes assis, rester plus de 10 minutes debout sans bouger, travailler en hauteur, les bras au-dessus de la tête ou en position accroupie, lever la tête [extension de la colonne cervicale], travailler avec le tronc fléchi ou en rotation, porter plus de 5 kg). Or, ces limitations sont clairement démenties par les constatations que les experts ont pu faire en observant le recourant à son insu dans la rue ou en salle d'attente ou lorsqu'il est « distrait ». Il est notamment question d'une gestuelle spontanée dépourvue de limitations particulières qui se manifeste par la faculté de se pencher pour prendre des documents (des radiographies, d'un poids contrôlé de 12 kg), de se relever avec agilité sans présenter de signe d'instabilité, d'enlever sa chemise par le haut, avec une abduction des épaules à 160°, de se déshabiller debout, en équilibre sur un pied, avec une parfaite flexion du tronc ainsi qu'une amplitude de la nuque non limitée, d'exécuter la manœuvre de Lasègue à 90° quand il est « distrait » alors que celle-ci s'arrête à 40° quand il ne l'est pas. Dans le même registre, le Dr J\_\_\_\_\_ note que lors de la consultation du 4 mars 2011, le recourant est entré dans la salle d'examen sans boiter, qu'il est resté debout pendant une bonne période puis s'est assis. Il ajoute que lorsque le recourant s'est rendu à la table d'examen, il a boité ostensiblement, ce qu'il a fait également en se faisant raccompagner à la porte du cabinet, mais qu'une fois dans la rue, sa boiterie a diminué (p. 34 du rapport).

Ainsi, les experts décrivent de manière minutieuse les nombreuses discordances et les signes évidents de majoration qu'ils ont constatés, ce qui permet de bien comprendre que leur appréciation soit différente de celle des médecins du recourant.

S'agissant de ces derniers, le recourant a beau objecter que seule la Dresse B\_\_\_\_\_ doit être considérée comme son médecin traitant, il n'en reste pas moins que les interventions des spécialistes auxquels il se réfère, soit les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, s'inscrivent également dans le cadre d'une relation thérapeutique. Ainsi, la distinction opérée par le Tribunal fédéral entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise s'applique à eux également, de sorte qu'il n'y a pas lieu, en principe, de s'écarter des conclusions de l'expertise.

12. Dans un deuxième moyen, le recourant soutient que les médecins qui le suivent ont une connaissance du dossier qui s'étend sur une dizaine d'années, contrairement aux experts qui l'ont rencontré une à deux fois maximum. Ce grief ne saurait remettre en cause le caractère probant de l'expertise pour deux raisons. D'une part, ce long suivi est dûment pris en compte par les éléments anamnestiques de l'expertise. D'autre part, le Tribunal fédéral a rappelé à plusieurs reprises que la durée de

l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. notamment ATFA non publié I 695/04 du 24 janvier 2006, consid. 4.1).

13. Dans un troisième moyen, le recourant reproche aux experts un travail lacunaire qui, s'il ne l'avait pas été, aurait permis de modifier leur appréciation. Il précise à cet égard que l'OAI n'a pas donné suite à la proposition du CHUV de procéder à un bilan complet sur deux jours dans ses ateliers, que les experts n'ont pas attendu les résultats d'une IRM cérébrale debout/couché qu'ils avaient demandée et qui ne leur est jamais parvenue et, enfin, qu'ils n'ont pas poussé plus loin les investigations ophtalmologiques.

C'est le lieu de rappeler qu'au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer -, le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée (cf. ATF non publié 9C\_732/2012 du 26 novembre 2012, consid. 4.2 précité).

Dans le cas d'espèce, cela signifie en particulier que les experts étaient mieux à mêmes d'apprécier dans quelle mesure les résultats de cette IRM cérébrale debout/couché étaient nécessaires à la conclusion de leurs travaux, étant précisé que deux IRM cérébrales et de très nombreux rapports figuraient déjà au dossier.

En ce qui concerne la proposition du CHUV, qui s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des aptitudes professionnelles, le recourant est malvenu de reprocher à l'intimé de ne pas y avoir donné suite. En effet, comme le relève la Dresse I\_\_\_\_\_ en page 52 du rapport, cette proposition dépassait non seulement le mandat d'expertise, elle avait également suscité peu de motivation de la part de l'intéressé.

En ce qui concerne les troubles ophtalmologiques qui étaient en cours d'investigation quand l'expertise a été rendue, la Dresse I\_\_\_\_\_ a précisé dans sa lettre d'accompagnement du 5 mai 2011 qu'elle ne pensait pas que ces troubles fussent de nature à modifier l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Or, cette appréciation a été confirmée par la Dresse K\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'instruction complémentaire du dossier menée par l'intimé. La Cour de céans relève au surplus que le recourant n'indique pas en quoi les conclusions des experts auraient été différentes s'ils avaient poussé plus loin leurs investigations.

14. Dans un quatrième moyen, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en compte les apnées obstructives que la Dresse B\_\_\_\_\_ lui avait signalées dans un rapport du 29 novembre 2010. S'il est vrai que ce rapport n'est mentionné ni dans la décision querellée, ni dans le rapport d'expertise, le caractère complet de

cette dernière ne s'en trouve pas remis en question pour autant. En effet, la thématique des apnées du sommeil a été dûment abordée en p. 49 du rapport, sans que les experts y voient une aggravation de l'état de santé significative. Ils ont précisé que ce syndrome d'apnées n'était pas grave au point que les médecins du recourant lui aient parlé de répercussion sur la conduite. Les experts ont ajouté que seul un syndrome de stade grave pouvait constituer une contre-indication à la conduite et se répercuter sur la capacité de travail en l'absence de traitement approprié.

15. Compte tenu de ce qui précède, il n'existe pas d'élément au dossier qui justifie que la Cour de céans s'écarte des conclusions des Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_.

Enfin, le recourant soutient que dans la mesure où la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI est de 75%, il ne voit pas pourquoi il serait privé de la diminution de rendement de 25% qui lui avait été reconnue par le TCAS par arrêt du 24 juin 2008.

Il convient de rappeler que dans cet arrêt, le Tribunal avait suivi les conclusions du COMAI qui faisaient état d'une capacité pleine et entière dans une activité adaptée, avec un rendement diminué de 25%. Or, cette manière de présenter la capacité de travail exigible du recourant a été quelque peu modifiée par la Dresse F \_\_\_\_\_. Dans son avis du 22 juin 2010 en effet, elle a indiqué à l'OAI qu'afin de déterminer si l'assuré pouvait toujours exercer une activité adaptée à 75%, une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et neurologique au BREM lui paraissait opportune.

Au regard de la formulation de leur mission, les experts ont conclu leurs travaux en affirmant qu'une activité adaptée pouvait être envisagée à 75% pour permettre des périodes de repos et qu'il n'y avait pas lieu de retenir de diminution de rendement (cf. p. 61 du rapport). La Cour de céans observe toutefois qu'en amont, le Dr J \_\_\_\_\_ indique qu'une activité adaptée est pleinement exigible avec une diminution de rendement de l'ordre de 25% (cf. p. 54 du rapport). En définitive, ces deux façons de présenter la capacité de travail exigible ne sont pas contradictoires. Au contraire, elles ne font que concrétiser le principe jurisprudentiel en vertu duquel il n'y a pas lieu de prendre en considération la diminution de rendement subie lorsque l'évaluation de la capacité résiduelle inclut déjà cet élément (ATF non publié 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.3.2.2). Il sied également de relever que la Dresse F \_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 septembre 2011, a opté pour une formulation différente - à la forme, mais identique sur le fond - de la capacité de travail de celle qu'elle avait employée le 22 juin 2010 en considérant qu'en tant que les experts retenaient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25%, leurs conclusions étaient convaincantes et méritaient d'être suivies.

Au regard de ce qui précède et vu l'absence d'aggravation significative de l'état de santé constatée par les experts, le recourant ne saurait être suivi en tant qu'il reproche à l'intimé de ne pas l'avoir mis au bénéfice d'une réduction de rendement supplémentaire de 25% dans le cadre d'une capacité de travail exigible fixée à 75%.

16. Dès lors que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est restée identique, il n'y a pas eu de modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Partant, les conditions d'une révision au sens de cette disposition ne sont manifestement pas remplies.
17. La révision étant mal fondée, il ne se justifie pas de revoir le calcul du taux d'invalidité (ATAS/53/2013).
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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