

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1966/2015

ATAS/119/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 février 2017

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENEVE, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés. recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1954, ressortissant portugais, au bénéfice d'un permis B, marié et père de deux enfants. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le 13 mars 2014, indiquant notamment qu'il travaillait à 100% dans un café-restaurant et qu'il était incapable de travailler en raison de maux de dos qui s'étaient empirés depuis plusieurs mois.
2. Le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué à l'OAI, le 14 juin 2014, que l'assuré se trouvait en arrêt travail à 100% dès le 12 mars 2014 en raison de lombalgies. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. La capacité à exercer une activité adaptée n'avait pas été évaluée.
3. D_____ Sàrl a indiqué à l'OAI, le 30 juin 2014, que l'assuré avait travaillé pour elle depuis le 7 décembre 2005 en qualité de polyvalent de cuisine pour un salaire mensuel de CHF 3'407.-.
4. Le 5 août 2014, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation MIP 2 auprès du service socioprofessionnel et de réadaptation professionnelle aux Établissements publics d'intégration (ci-après : les ÉPI).
5. Le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et expert SIM, a été chargé de procéder à une expertise rhumatologique de l'assuré par Swica organisation de Santé. À teneur de son rapport du 13 octobre 2014, il avait examiné l'assuré le 8 octobre 2014. Ce dernier était portugais, avait suivi l'école primaire jusqu'à la quatrième année et était sans formation professionnelle. Sa femme vivait au Portugal et il était père de deux enfants, âgés de 21 et 36 ans. Il ne fumait pas et ne consommait pas régulièrement de l'alcool. Sous la rubrique : anamnèse actuelle et motifs de l'arrêt travail, l'expert indiquait que l'assuré souffrait de lombalgies basses depuis de nombreuses années. Il avait toujours fait un travail physique, d'abord comme garçon d'étage dans l'hôtellerie, puis comme polyvalent dans la restauration, dès 2005. L'expert résumait ensuite le dossier médical de l'assuré. Les plaintes de celui-ci étaient des lombalgies irradiant dans le MID, mais quelques fois également dans le MIG, augmentant lors des stations debout et assise, s'améliorant s'il était étendu les jambes surélevées. Le moindre effort augmentait les douleurs ainsi que les mouvements de flexion du rachis. Il ne pouvait pas marcher plus de 500 mètres à cause d'un sentiment de faiblesse dans les MI. Sous la rubrique : examen clinique, l'expert mentionnait que l'expertisé, âgé de 59 ans, était en bon état général, qu'il se déplaçait sans boiterie, montait et descendait normalement les escaliers et s'habillait et se déshabillait sans difficulté. L'examen rhumatologique montrait une importante augmentation de la cyphose, un syndrome vertébral et une sévère contracture musculaire au niveau lombaire à gauche. Le reste de l'examen rhumatologique était dans la norme. Les diagnostics étaient des lombalgies chroniques irradiant dans le MID sur une arthrose étagée et une discopathie L4-L5 et L3-L4 sévère, associée à

un canal lombaire étroit. Sous la rubrique : synthèse des conclusions, l'expert indiquait que les investigations médicales avaient montré une atteinte sévère de la colonne lombaire avec une arthrose et discarthrose. L'anamnèse, les examens radiologiques et l'examen clinique étaient en parfaite adéquation. La capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité exercée jusqu'à présent depuis le 11 mars 2014 et de 100% dès le 16 avril 2014 dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de position debout, pouvoir changer de position toutes les 60 minutes, ne pas devoir se déplacer à pied sur plus de 500 mètres, ne pas devoir monter sur une échelle ou un échafaudage, éviter les mouvements répétés de flexion ou d'extension du rachis. Aucun problème à caractère médical n'entravait la capacité travail. L'expert relevait que l'assuré était en train de suivre un stage de réinsertion aux ÉPI.

6. L'auteur du rapport des ÉPI du 13 novembre 2014 mentionne, sous : synthèse et propositions, que d'après les observations en atelier, les réponses de l'assuré en entretien, ses résultats dans les exercices effectués et l'examen de son parcours professionnel, exclusivement simple, pratique et physique, des doutes étaient émis quant à la capacité de travail à 100%, selon l'estimation médicale, surtout vis-à-vis de son employabilité. Les ÉPI étaient conscients que celle-ci n'était pas un critère déterminant pour l'assurance-invalidité, mais ils pensaient qu'il serait extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, à l'assuré, de trouver une place adaptée à ses limitations et possibilités, dans le marché économique ordinaire. S'agissant des cibles professionnelles, un emploi dans le conditionnement serait éventuellement possible, avec charges légères tout au plus, sans travail en porte-à-faux, ni grands efforts et avec une alternance de positions. Après une période de formation et/ou d'adaptation, un poste dans le contrôle visuel en production serait peut-être possible. Son futur employeur devrait être compréhensif et lui laisser un temps d'adaptation suffisant. Dans tous les cas, une aide au placement appuyée - vu son âge, son manque de formation et ses limitations physiques attestées - serait nécessaire pour accéder à une réadaptation réussie.

La durée prévue et effective du mandat était de 20 jours. Il avait débuté le 6 octobre et s'était achevé le 31 octobre 2014. Le taux de présence de l'assuré avait été de 100% et ses attentes étaient de voir s'il pouvait s'adapter à quelque chose.

L'assuré avait montré des difficultés dans la tenue de plus d'une heure en position debout. À chaque fois qu'il devait la prendre, les alternances de positions étaient fréquentes. Le même problème avait été constaté en position assise. Les signes de douleurs et les appuis sur le plan de travail étaient parfois importants. Sa gestuelle était correcte, malgré qu'il n'avait pas d'expérience du travail manuel précis, mais insuffisante pour un travail fin type horlogerie. Son tonus et sa résistance ne semblaient pas suffisants, en tout cas pour un plein temps, et ceci, d'après les critères que l'on trouvait sur le marché économique ordinaire dans les postes

pratiques sans qualification, où le rendement était l'élément le plus important à considérer à l'engagement.

Le niveau d'attention de l'assuré était variable. Il restait centré sur la tâche à effectuer sans s'occuper de ce qui pouvait se passer autour de lui. Par contre, au moment des consignes, il donnait l'impression de décrocher et de ne pas arriver à les suivre si elles étaient un peu complexes ou multiples. La qualité de l'attention durant le travail était parfois insuffisante, en lien peut-être avec des difficultés de concentration, vu les difficultés positionnelles. Ses difficultés d'abstraction, en logique théorique ou dans l'organisation dans l'espace, montraient que l'assuré n'avait pas eu dans son parcours professionnel la possibilité d'exercer ses items. Son autonomie était affectée et péjorée par tous ces éléments. Il n'avait pas la capacité de travailler dans le montage d'éléments en trois dimensions. Dans toutes les activités de ce type en atelier, l'échec avait été présent malgré une aide appuyée. Dans les activités les plus simples, une fois passée la période d'adaptation, il progressait et pouvait travailler en totale autonomie. Mais cette adéquation de son travail aux demandes était souvent interrompue au bout d'un certain temps en raison de ses difficultés physiques et de la fin de sa concentration (signes de douleur, alternance de positions, quelques pas dans l'atelier).

Sous : commentaires, le rapport mentionne que la faible image que l'assuré avait de lui-même sur le plan physique, sur ses possibilités dans le marché économique ordinaire et sa vision d'avenir, très faible aussi, faisaient penser que ses chances d'une adaptation réussie étaient extrêmement minces. Ces faibles chances de réadaptation résultaient aussi de la réalité du terrain, où les travaux les plus simples et pratiques, les seuls qui lui étaient accessibles, étaient réservés aux employés les plus à même d'obtenir un fort rendement. L'adaptation à la nouveauté ne se faisait pas, ou bien le temps nécessaire et l'investissement de l'encadrement dans cette période-là étaient tellement importants que, sur le plan du rendement, le bilan était très négatif. Seul un poste simple était à la portée de l'assuré. Sa résistance au stress, face à sa situation, était faible. Il semblait n'avoir pas les ressources nécessaires pour rebondir. Dans certaines périodes, suite à la prise d'antalgiques ou à des infiltrations, un changement radical avait été observé; l'assuré était actif, attentif et sa production était dans la norme, tant que les gestes, les outils et la procédure restaient simples. Mais la durée de ces périodes était insuffisante dans un poste salarié.

S'agissant de ses aptitudes à la formation, l'assuré pouvait suivre une formation pratique ou une mise à niveau en entreprise. Vu le peu de ductilité intellectuelle, son âge et ses difficultés devant la nouveauté, le temps d'adaptation dans une formation serait important. De plus, il montrait une très faible mémoire visuelle.

S'agissant de ses projets professionnels, l'assuré n'en avait pas, mais il était ouvert à toute proposition et à suivre la ou les formations nécessaires à sa réadaptation.

Il leur avait dit s'être forcé à rester les quatre heures par jour et que, parfois, il avait mal (il n'avait pas été particulièrement plaintif durant le stage). Il avait ajouté que, par moments, il était bloqué et qu'il lui avait même été difficile de se lever. D'un autre côté, il disait mal supporter de rester inactif toute la journée. Il pensait pouvoir faire un travail sur deux ou trois heures par jour dans le nettoyage par exemple, mais sans faire les vitres ou trop se baisser.

7. Le docteur F _____, du service médical régional AI (ci-après : le SMR) a indiqué, le 2 février 2015, que les conclusions du stage ne constituaient pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de remettre en cause celles de l'expert.
8. Par décision du 11 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré estimant que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était totale, dès avril 2014. De ce fait, le degré d'invalidité devait être déterminé en comparant le revenu annuel qu'il gagnerait sans invalidité avec le revenu qu'il pourrait obtenir avec invalidité. Pour établir le revenu sans invalidité, il s'était fondé sur le salaire mensuel déclaré par l'employeur en 2013, soit CHF 3'047.- x 13, ce qui donnait un revenu annuel de CHF 44'291.-. Pour établir le revenu avec invalidité, il s'était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2012, tableau TA1, pour un homme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), actualisé à 2013, pour une capacité travail de 100%. Une réduction supplémentaire de 10% avait été opérée pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le salaire annuel avec invalidité s'élevait à CHF 59'088.-. Le degré d'invalidité était de 0%, soit bien inférieur à 40%, et ne donnait pas droit à des prestations de l'assurance invalidité.
9. L'assuré a recouru contre la décision précitée, le 9 juin 2015, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement, à son audition et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, subsidiairement, à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée avec des mesures professionnelles, et enfin, à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une indemnité valant participation aux honoraires de son conseil.

Il a fait valoir que quand bien même le Dr E _____ avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il appartenait aux organes d'observation professionnelle de déterminer l'activité adaptée éventuellement existante. Dans la mesure où ceux-ci avaient conclu qu'il n'en existait pas, une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée.

10. Par réponse du 22 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que le rapport des ÉPI n'indiquait pas qu'une activité adaptée n'existait pas, mais seulement qu'une telle activité pourrait être difficile à trouver, notamment en raison de facteurs qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il existait donc bien des activités adaptées à la pathologie du recourant, qui pouvait, conformément à l'art. 18 LAI, demander une aide au placement.

11. La chambre de céans a demandé au Dr E_____, le 20 mai 2016, si, au vu du rapport des ÉPI du 13 novembre 2014, il maintenait ses conclusions s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et de son rendement.
12. Le 25 juillet 2016, le Dr E_____ a informé la chambre de céans qu'après avoir réexaminé l'assuré le 21 juillet 2016, il maintenait que celui-ci avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le rapport des ÉPI ne remettait pas en cause ses conclusions, puisqu'il proposait deux types d'emploi à l'assuré dans le cadre du conditionnement et le contrôle visuel en production. Il ne s'était pas prononcé auparavant sur le rendement, considérant qu'il fallait tenir compte du stage de réinsertion. À la lecture du rapport de stage, il remarquait que le rendement n'avait pas été spécifiquement calculé et que l'assuré avait été présent tous les jours pendant huit heures.

L'expert relevait encore, sur une demi-page, que depuis son expertise, l'état clinique de l'assuré s'était aggravé. Il marchait avec une forte boiterie à droite et son périmètre de marche était clairement limité. Il devait se déplacer en vélo (adaptation classique à un problème de canal lombaire étroit). Les douleurs étaient peu améliorées par la prise d'antalgiques. Depuis 2014, aucun nouvel examen radiologique n'avait été fait. L'assuré avait été vu en consultation, fin 2014, par le service de neurochirurgie des HUG qui n'avait pas retenu d'indication opératoire. L'assuré n'avait pas non plus bénéficié d'une prise en charge régulière en kinésithérapie. L'examen clinique confirmait son examen de 2014. En l'état et au vu de l'aggravation clinique, il concluait que la capacité de travail actuelle était nulle dans toutes les professions. Il proposait qu'une IRM lombaire soit demandée pour comparer l'état 2014 à 2016, qu'un examen neurologique (ENMG du MID) soit fait et qu'un nouvel avis neurochirurgical soit proposé. Une intervention chirurgicale lui paraissait nécessaire.

13. Le 17 août 2016, le recourant a constaté que le rapport du Dr E_____ précité se basait sur la prémisse erronée que le stage aux ÉPI était de huit heures par jour, alors qu'il n'était que de quatre heures par jour. De plus, même dans un stage de 20 heures d'occupation par semaine, les ÉPI avaient constaté que la capacité de rendement du recourant était réduite. Aussi, le rendement ne pouvait être complet, puisque même dans une occupation à moins de 50%, les ÉPI avaient constaté qu'il présentait de grandes difficultés à maintenir une position debout ou assise, qu'il présentait des signes de douleurs l'empêchant de mener à bien son travail, une résistance et un tonus insuffisants et que sa concentration était interrompue par la douleur et l'alternance de positions. Aussi, il se justifiait de reposer la question au Dr E_____ en lui demandant de tenir compte de ces éléments et de se prononcer, de manière étayée, sur les points suivants :
 - quels étaient les critères médicaux que devait satisfaire le lieu de travail pour respecter les limitations fonctionnelles du recourant ;

- dans la mesure où le stage aux ÉPI avait été réalisé uniquement à hauteur de 20 heures par semaine et « que le rendement y était réduit », quelle était la capacité de travail du recourant et la diminution de son rendement.

Par ailleurs, il était également nécessaire de demander aux ÉPI de se prononcer sur la diminution du rendement du recourant, puisque le Dr E_____ estimait que ce dernier devait être spécifiquement calculé durant le stage. C'était uniquement si des réponses complètes étaient obtenues qu'il pourrait être renoncé à une expertise médicale, qui demeurerait pour l'heure indispensable au vu de l'indétermination quant à l'impact des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail.

Le Dr E_____ faisait état d'une aggravation de l'état clinique du recourant, qu'il avait constatée durant l'examen du 21 juillet 2016, laquelle justifiait une incapacité de travail complète depuis lors. Certes, le juge des assurances sociales appréciait, de manière générale, la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Les faits survenus postérieurement ayant modifié cette situation devaient en général faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Toutefois, pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative pouvait être étendue à une question en état d'être jugée qui excédait l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question était si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on pouvait parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins.

En l'espèce, il s'agissait d'un état de fait commun puisque concernant la même atteinte à la santé, qui, selon le recourant, causait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis mars 2014 déjà, et selon le Dr E_____, depuis juillet 2016 environ. Les mesures d'instruction requises étaient au surplus identiques. Il serait absurde que la cause soit instruite doublement, en parallèle, par la chambre de céans et l'autorité intimée. De plus, cette dernière avait été invitée à se prononcer sur le sujet par courrier du 27 juillet 2016. Dès lors, la chambre des assurances sociales devrait, si par impossible elle ne retenait pas que sa capacité de travail était entièrement nulle depuis le 12 mars 2014 dans toute activité, retenir que ceci était le cas tout au moins depuis courant 2016.

14. Le 5 septembre 2016, l'intimé a relevé que le SMR, auquel le courrier du Dr E_____ du 21 juillet 2016 avait été soumis, observait que, selon l'examen clinique du 25 juillet 2016, l'état clinique de l'assuré se serait aggravé. Toutefois, il convenait de souligner que cet avis médical n'avait pas valeur d'expertise. En effet, les éléments cliniques n'y étaient pas détaillés (tant anamnestiques qu'objectifs). Aucun status n'était décrit et les examens radiologiques n'avaient pas été réactualisés. En outre, le Dr E_____ ne précisait pas les limitations fonctionnelles sur lesquelles il retenait dorénavant une capacité de travail nulle dans toute activité, ni depuis quand elle le serait. Pour finir, il existait une contradiction dans la phrase suivante : « l'examen clinique confirmait mon examen de 2014 »,

qui suggérait que l'examen était superposable, alors que, dans le même temps, le Dr E_____ parlait d'aggravation. Au final, les conclusions du SMR fondées sur l'expertise du 13 octobre 2015 restaient valables. La question d'une aggravation ultérieure restait en suspens, mais les éléments à disposition étaient insuffisants pour confirmer l'aggravation objective, déterminer depuis quand on pouvait éventuellement la retenir et préciser si les nouvelles limitations fonctionnelles devaient être prises en compte et avec quelles répercussions sur la capacité de travail résiduelle.

Le recourant n'avait pas démontré de manière suffisante que son état de santé s'était aggravé, ni pendant la procédure administrative, ni dans le cadre de la présente procédure. Le seul rapport du Dr E_____ du 25 juillet 2016 était insuffisant pour objectiver une telle aggravation. Les conditions à l'extension de l'objet du litige n'étaient ainsi pas réalisées, l'objet de la contestation n'étant pas en état d'être jugé.

Enfin, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'était pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). En effet, selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité ne pouvait reposer valablement que sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (arrêts U38/03 du 8 mars 2004 consid. 4.1 et U240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/aa, in Rama 2001 N° U439 p. 347 et in SVR 2002 UV N° 15 p. 49 et ss). On ne pouvait ainsi se fonder sur les conclusions du rapport des ÉPI pour évaluer une capacité ou une baisse de rendement. En conclusion, l'OAI maintenait ses conclusions en rejet du recours.

15. La chambre de céans a demandé au Dr E_____ s'il confirmait ses conclusions, au vu du fait que la durée du stage aux ÉPI était de quatre heures par jour et non de huit et d'évaluer le rendement de l'assuré en tenant compte des éléments de fait contenus dans le rapport des ÉPI.
16. Par courrier du 22 septembre 2016, le Dr E_____ a répondu qu'il lui était impossible de répondre à la question du rendement à partir d'un rapport qui n'en faisait pas mention. Ce genre de stage n'obligeait pas à avoir un rendement défini et contrôlable. Ce qui primait, c'était d'observer les possibilités de travail dans plusieurs sortes d'activité et non le rendement. Ce dernier pourrait être défini dans un stage ultérieur, si les ÉPI pensaient qu'une possibilité d'emploi existait.
17. Entendu par la chambre de céans le 31 octobre 2016, le Dr E_____ a précisé qu'il estimait ne pas être en mesure de répondre à la question du rendement, laquelle ne ressortait pas du rapport des ÉPI. Or, ces derniers auraient dû l'établir. Pour sa part, s'il avait indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, cela impliquait un 100% de rendement. Les difficultés décrites dans le rapport des ÉPI liées aux douleurs et aux alternances de positions avaient été prises en compte

dans son appréciation sous les limitations. Ce n'était pas à lui de définir quel type de travail l'assuré pouvait faire.

Le conseil du recourant a précisé qu'une nouvelle demande avait été déposée à l'OAI pour le cas où l'état de santé actuel de celui-ci ne serait pas instruit dans le cadre de la présente affaire.

18. Le 15 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions, relevant que le Dr E_____ avait confirmé une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

19. Le 15 novembre 2016, le recourant a fait valoir que l'expertise du Dr E_____, complétée par son audition, n'était pas suffisante pour établir son invalidité, car il avait refusé de se prononcer sur la capacité de rendement du recourant. Il faisait, en outre, preuve d'une prévention non justifiée contre un stage aux ÉPI, indiquant que ce genre de stage n'obligeait pas à avoir un rendement défini et contrôlable. Or c'était exactement le rôle d'un stage d'observation et d'orientation professionnelle de déterminer quels types d'activités professionnelles un assuré pouvait exercer. Le rapport des ÉPI mentionnait que sa capacité de travail était réduite, en raison de ses atteintes à la santé et que la prise d'antalgiques permettait pendant une brève période d'améliorer le rendement, ce qui démontrait que c'était bien son état de santé qui réduisait sa capacité de rendement et non d'autres facteurs extérieurs. Dans la mesure où le Dr E_____ s'était estimé incompétent pour se prononcer sur la capacité de rendement, des mesures d'instruction complémentaires étaient indispensables. La chambre des assurances sociales ne pouvait se baser uniquement sur l'appréciation du Dr E_____, qui était contredite par les observations des ÉPI. L'audition des responsables de ce dernier permettrait de clarifier l'état de fait.

Au vu de l'incapacité du Dr E_____ à apporter des réponses aux questions de la chambre des assurances sociales, des lacunes de l'expertise, et des contradictions entre cette dernière et le rapport des ÉPI, la chambre des assurances sociales devait ordonner une expertise médicale complémentaire. Les conditions d'extension du litige étaient en outre remplies.

20. 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.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur droit de l'assuré aux prestations de l'AI et en particulier sur son droit à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).
8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au

contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
12. 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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du

24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

13. 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).
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
16. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

17. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).
18. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).
19. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent

néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

20. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).
21. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC

1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

22. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).
23. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).
24. Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3). Dans un arrêt 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3, le Tribunal fédéral a considéré que même si l'administration avait déjà recueilli différentes pièces médicales pendant l'instruction, il subsistait des doutes quant à l'impact sur la capacité de travail de l'intéressé et que c'était l'expertise qui avait permis de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée. C'était donc à la date du dépôt du rapport d'expertise qu'il fallait examiner si on pouvait exiger de l'assuré qu'il mît en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

25. À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

26. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

27. En l'espèce, le rapport du Dr E_____ se fonde sur des examens complets et prend également en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et ses conclusions sont motivées.

Dans la mesure où les auteurs du rapport des ÉPI du 13 novembre 2014 exprimaient des doutes quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il a été rendu postérieurement au rapport de l'expert, il convenait de le soumettre à ce dernier pour qu'il se détermine sur son contenu.

Le Dr E_____ a confirmé que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations, après avoir pris connaissance du rapport des ÉPI et reçu le recourant en consultation. Il a, dans un premier temps, refusé de répondre à la question du rendement, expliquant, lors de l'audience du 31 octobre 2016, qu'il estimait ne pas être en mesure de répondre à cette question,

qui relevait selon lui exclusivement de la compétence des ÉPI. Il a précisé que s'il avait indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, cela impliquait, pour lui, un 100% de rendement et que les difficultés décrites dans le rapport des ÉPI liées aux douleurs et aux alternances de positions avaient été prises en compte dans son appréciation sous les limitations. Il estimait que ce n'était pas à lui de définir quel type de travail l'assuré pouvait faire.

Ses explications sont convaincantes et permettent de comprendre pour quel motif, l'expert n'a pas répondu à la question du rendement, qu'il interprétait comme impliquant une appréciation plus globale qu'uniquement médicale. Il y a ainsi lieu de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport d'expertise et son complément et de retenir, en conséquence, que la capacité de travail et le rendement (sur le plan médical) de l'assuré étaient de 100%, dès le 16 avril 2014, étant rappelé, que selon la jurisprudence précitée, en cas de divergence entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré.

Il convient encore de relever que les doutes des rédacteurs du rapport des ÉPI quant à la pleine capacité de travail de l'assuré portaient principalement sur son « employabilité » et qu'ils étaient conscients que celle-ci n'était pas un critère déterminant pour l'AI.

Au vu des considérations qui précèdent, il ne se justifie pas d'ordonner une nouvelle expertise.

28. L'assuré étant âgé de 59 ans le 13 octobre 2014, date du rapport d'expertise retenant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 16 avril 2015, il convient de retenir qu'il était proche de la retraite, étant rappelé que le Tribunal fédéral l'a admis pour un assuré âgé de 57 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). Il faut dès lors, en application de la jurisprudence, procéder à une analyse globale et non plus uniquement médicale, de la situation de l'assuré.

Le rapport des ÉPI conclut qu'il serait extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, pour l'assuré de trouver une place adaptée à ses limitations et possibilités, vu son manque de formation, son rendement limité, son peu de souplesse intellectuelle, ses difficultés devant la nouveauté, son niveau d'attention variable et parfois insuffisant et sa faible résistance au stress. Il avait des difficultés à suivre les consignes si elles étaient un peu complexes ou multiples. Il avait également des difficultés d'abstraction, en logique théorique ou dans l'organisation de l'espace. Son autonomie était affectée et péjorée par tous ses éléments. Il n'avait pas la capacité de travailler dans le montage d'éléments en trois dimensions. Même dans les activités les plus simples qu'il pouvait effectuer, son travail était souvent interrompu en raison de douleurs et de la fin de sa concentration. Son tonus et sa résistance semblaient insuffisants pour une activité à plein temps pour un poste

pratique sans qualification où le rendement était l'élément le plus important à considérer à l'engagement. La faible image de lui-même qu'avait l'assuré sur le plan physique, sur ses possibilités dans le marché économique ordinaire et sa vision d'avenir très faible faisaient penser que ses chances d'une adaptation réussie étaient extrêmement minces. De plus, il ne s'adaptait pas à la nouveauté ou il lui fallait un temps d'adaptation si important que, sur le plan du rendement, le bilan était très négatif. Il semblait ne pas avoir les ressources nécessaires pour réagir.

Il ressort des conclusions des ÉPI que les chances pour l'assuré de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail dès le 13 octobre 2014 étaient si minces qu'elles doivent être considérées comme nulles. Il convient en conséquence de retenir une incapacité de travail de 100 %, dès le 11 mars 2014, qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité.

L'assuré a droit au versement de cette rente dès le 1^{er} mars 2015, premier jour du mois au cours duquel son droit a pris naissance, soit un an après avoir présenté une incapacité de travail à 100% (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI), étant précisé que l'assuré a requis des prestations le 13 mars 2014, soit plus de six mois avant le 1^{er} mars 2015 (art. 29 al. 1 LAI).

29. Au vu du résultat précité, la question de savoir si les conditions de l'extension du litige sont remplies peut rester ouverte.
30. Le recours sera admis, la décision du 11 mai 2015 annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015.
31. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
32. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 11 mai 2015.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

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