

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1977/2012

ATAS/674/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après : l'assuré), né en 1956, a travaillé en qualité de peintre en bâtiment. Après plusieurs accidents (chute en 1989, lâchage du genou en 1990, nouvelle chute en 1992, accident de la circulation ayant provoqué un coup du lapin en 1997), l'assuré a déposé, le 21 décembre 1999, une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).

Cette demande a été rejetée par décision du 12 septembre 2003, confirmée sur opposition le 15 décembre 2003, puis par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) le 26 mai 2005 (ATAS/493/2006).

L'instruction avait permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport rédigé le 7 août 2000 par les Drs S_____, T_____ et U_____, de la clinique de rééducation de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG), concluant à une lombosciatalgie aiguë droite non déficitaire et à une discopathie L4 ; l'anamnèse faisait mention de cervicalgies chroniques depuis 1996 ; les lombalgies, chroniques évoluaient depuis 1996 avec des blocages itératifs à répétition ; le status clinique ne montrait pas de nouveau syndrome lombo-vertébral ou radiculaire et il y avait de nombreux signes de non-organicité ;
- un courrier rédigé le 29 novembre 2000 par le Dr V_____, spécialiste en médecine interne, soulignant la discordance entre l'importance des plaintes et du syndrome douloureux et l'absence de lésions somatiques évidentes (cinq signes de Waddell positifs sur cinq), suggérant une évolution vers un trouble somatoforme douloureux ;
- un rapport du Dr A_____, médecin traitant, du 29 mars 2001, faisant état d'une aggravation des douleurs cervicales, de douleurs dans les membres, de lombalgies avec épisodes de blocage et de troubles du sommeil ; l'assuré avait tenté de reprendre le travail en janvier 2001 et que cet essai s'était soldé par un échec ;
- un nouveau rapport du Dr A_____ du 15 novembre 2001, retenant les diagnostics de lombosciatalgies chroniques depuis 2000 et des cervicalgies chroniques depuis 1996 et concluant à une totale incapacité de travail depuis le 18 juillet 2000 ; le médecin, s'il excluait toute reprise de l'activité de peintre, estimait en revanche souhaitable et probablement possible que son patient reprenne une autre activité, laquelle ne devrait pas solliciter la colonne vertébrale et les cervicales ;

- un rapport d'expertise rendu le 21 février 2003 par le Dr B_____, rhumatologue, concluant à l'absence de pathologie vertébrale majeure ; l'expert a confirmé l'existence de signes suggérant un comportement algique augmenté (tests de Waddell positifs) ; l'expert a estimé que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte organique ou structurale majeure relevant d'un diagnostic médical en tant que tel; selon lui, il s'agissait plus probablement d'un problème d'inadaptation sociale et d'"influence du système de santé" ; l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle ;
 - un rapport d'expertise du Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute, daté du 29 juillet 2003, retenant le diagnostic de "facteurs psychologiques influençant une affection physique" (F 54) depuis 1997 ; l'expert a estimé que les facteurs psychologiques, persistants mais légers, ne justifiaient pas de diagnostiquer l'un des troubles décrits au chapitre V de l'ICD-10 ; il a conclu à une capacité de travail de 100% sur le plan psychique.
2. Le 29 avril 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a sollicité l'octroi de mesures d'orientation ou de réadaptation professionnelle, voire d'une rente.
3. Dans un rapport rédigé le 14 mai 2009, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rappelé que son patient avait été victime de deux accidents de type coup du lapin, le premier en décembre 1997, le second en janvier 2002. Depuis lors, il se plaint de cervicalgies chroniques associées à des céphalées.
- Le médecin a expliqué que les cervicalgies étaient devenues de plus en plus importantes, avec des douleurs irradiant dans les membres supérieurs et une nette limitation de la mobilité dans tous les plans. Des radiographies pratiquées en mars 2009 ont montré une très nette aggravation des discopathies, qualifiées de sévères.
- En 2008 sont également apparues des douleurs des épaules, avec des signes cliniques et échographiques de tendinopathie des deux côtés, avec une rupture transfixiante de la coiffe à droite.
- Le médecin a souligné que dans ces conditions, son patient ne pouvait plus exercer l'activité de peintre en bâtiment ni toute autre activité impliquant le port de charges, des travaux lourds, des mouvements répétitifs des membres supérieurs ou encore une position en flexion antérieure de la tête ou en extension.
4. En juillet 2009, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), a admis les limitations fonctionnelles suivantes dans un travail sédentaire ou semi-

sédentaire : éviter le port de charges, les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, les postures statiques de la colonne cervicale et, au niveau des épaules, les mouvements au-delà de l'horizontale et les mouvements répétés. Dans un travail adapté à ces limitations fonctionnelles, le médecin du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail.

5. Par courrier du 16 octobre 2009, le Dr A_____ a indiqué que son patient avait récemment vu le Dr E_____, orthopédiste. Une arthrographie et une arthro-IRM de l'épaule droite avaient montré une importante déchirure de la coiffe des rotateurs.
6. L'OAI a rendu une décision de rejet de la demande de prestations, sur laquelle il est revenu par la suite, admettant qu'un complément d'instruction était nécessaire (décision d'annulation du 17 décembre 2009).
7. Le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a rendu en mars 2010 un rapport concluant à une déchirure du sus-épineux, à un tunnel carpien de la main gauche, à des vertiges suite à un coup du lapin ainsi qu'à une hypertension artérielle. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 6 juillet 2009.
8. Le Dr A_____ a rendu le 6 avril 2010 un rapport concluant à des cervicalgies sur cervicarthrose, à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec rupture transfixiante du sus-épineux à droite et à un tunnel carpien. Le médecin a également mentionné un syndrome d'apnées du sommeil et une hypertension artérielle dont il a cependant précisé qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a souligné que les radiographies pratiquées en mars 2009 avaient montré une nette péjoration des troubles dégénératifs, surtout en C5-C6 et C6-C7, associés à une déchirure transfixiante du sus-épineux. Il a conclu à l'incapacité de son patient à exercer une activité impliquant des travaux lourds, le port de charges, des mouvements répétés du membre supérieur droit et des mouvements en élévation de ce même membre.
9. Un rapport du Dr G_____, du service de neurochirurgie des HUG, du 28 mai 2009, a confirmé un conflit antéro-supérieur bilatéral compliqué du côté droit par rupture assez importante du sus et sous-épineux avec une bursite et un épanchement claviculaire, expliquant les douleurs à l'épaule. S'agissant des douleurs cervicales, le médecin les a expliquées par une spondylose diffuse avec discarthrose C4-C5, C6-C7.
10. L'assuré alors été adressé pour expertise au Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a rendu son rapport le 15 juillet 2010, sur la base de l'examen du dossier soumis par l'AI et du dossier radiologique et d'un examen clinique.

L'expert a retenu les diagnostics de lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, d'omalgies droites chroniques (rupture partielle du muscle sus-épineux) et de syndrome poly-insertionnels douloureux récurrents (diminution du seuil de tolérance à la douleur). Il a également mentionné en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des cervicobrachialgies récurrentes depuis 1996 sur spondylose antérieure multi-étagée modérée, un status post cure du tunnel carpien en 2000, un syndrome anxiodépressif réactionnel, un status post ménisectomie gauche en 1989 et une bronchectasie pulmonaire.

L'expert a expliqué que le bilan radiologique mettait en évidence de minimes troubles dégénératifs, surtout sous la forme d'une spondylose antérieure au niveau cervical, et l'absence de discopathies, tant cervicales que lombaires.

Il a considéré qu'il n'y avait pas de péjoration par rapport au bilan effectué en 2002. Il y avait bien rupture partielle du sus-épineux mais ni collection liquidienne intra-articulaire, ni signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. L'expert en a tiré la conclusion qu'il y avait une discordance significative entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle et les examens cliniques et para-cliniques.

L'expert a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment mais de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les mouvements au-dessus de l'horizontale et le port de charges de plus de 10 kg. L'expert a expliqué que la lésion de l'épaule droite ne constituait pas une contre-indication à une activité professionnelle adaptée.

Certes, le rendement devrait être diminué de 50 % du fait que l'assuré n'a plus retravaillé depuis 2000, mais devrait ensuite raisonnablement être augmenté voire total une fois un reconditionnement au travail obtenu. L'expert a répété que, du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était de 100 % dans une activité telle que celle d'accueil, de sécurité, de magasinier d'objets légers ou encore de vente d'objets légers.

11. Par décision du 24 mai 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI, se référant au résultat de l'expertise du Dr H_____, a considéré que l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 %.

Comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en 2009 sans invalidité, à savoir 61'241 fr. (ESS 2008, TA1, niveau 4, avec réactualisation) à celui qu'il aurait pu obtenir la même année malgré les atteintes sa santé, à savoir 55'116 fr. (ESS 2008, TA1, niveau 4, actualisé mais avec une réduction de 10 % pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles), l'OAI est parvenu à une perte

de gain de 6'125 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 10 %, inférieur au minimum requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement ou à une rente.

L'OAI a cependant précisé que, sur demande expresse écrite et motivée de la part de l'assuré, il examinerait l'éventualité d'accorder à ce dernier une aide au placement, pour autant que l'intéressé participe activement aux mesures proposées et se livre lui-même à des recherches d'emploi.

12. Par écriture du 28 juin 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à celui de mesures d'orientation ou de réadaptation professionnelle avec suite de frais et dépens.

Le recourant reproche au SMR de n'avoir tenu aucun compte de la diminution de rendement de 50% admise par le Dr H_____.

Il rappelle qu'il n'est pas contesté qu'il ne peut plus exercer sa profession de peintre en bâtiment ni toute autre impliquant le port de charges ou des travaux lourds ou encore des mouvements répétitifs des membres supérieurs.

Enfin, il allègue que son état s'est encore aggravé postérieurement à l'expertise - dont il souligne qu'elle remonte à juillet 2010.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 août 2012, a admis que la situation de l'assuré avait pu évoluer, le rapport produit par l'intéressé à l'appui de son recourant mentionnant l'apparition de paresthésie des doigts des deux côtés et un tunnel carpien à gauche. L'intimé a dès lors réservé ses conclusions sur le fond en attendant que soient produits des documents supplémentaires, à savoir, notamment, un examen physique neurologique à comparer avec celui du Dr H_____.

14. Le recourant a produit :

- un courrier du 10 septembre 2012 du Dr A_____ dont il ressort que l'assuré n'a pas été opéré, qu'il a été vu en otoneurologie en juin 2012, qu'il se plaint toujours de douleurs à l'épaule droite, de lombalgies et de cervicalgies associées à des céphalées, qu'il se soumet à des séances de physiothérapie et qu'aucune intervention des tunnels carpiens n'a été suggérée ;
- un courrier du 28 juin 2012 du Dr I_____, spécialiste en neurologie, constatant l'absence d'amyotrophie ou de fasciculations, une douleur à la palpation du poignet gauche et, dans une moindre mesure, du poignet droit, des réflexes conservés symétriques, l'absence de parésie aux membres supérieurs et une sensibilité conservée, ainsi qu'un équilibre et une marche sans anomalie ; le médecin fait état d'un léger ralentissement de la conduction du nerf médian

gauche, d'un potentiel sensitif légèrement désynchronisé mais précise que ces anomalies sont légèrement moins marquées par rapport à l'examen de janvier 2010 ; le médecin conclut à des signes d'une neuropathie sensitivomotrice myélinique légère du nerf médian droit au tunnel carpien déjà constatée à l'examen de 2010, sans évolution (vitesse de conduction sensitive légèrement améliorée, toutefois ralentissement de la conduction des fibres motrices légèrement plus marqué) ; il ajoute que le léger syndrome du tunnel carpien n'explique probablement qu'une partie des plaintes ;

- une copie du protocole des HUG du 23 mai 2012 ;
- une copie du rapport de consultation d'otoneurologie du 14 juin 2012.

15. Ces documents ont été soumis à l'intimé qui, le 18 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que le rapport du Dr H_____ du 15 juillet 2010 doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il explique s'être écarté de sa conclusion selon laquelle le rendement de l'assuré serait réduit de 50 % parce que l'expert s'est basé sur le seul fait que l'assuré n'a plus retravaillé depuis 2000, critère non relevant en matière d'assurance-invalidité.

16. Par écriture du 16 novembre 2012, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

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 depuis 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis le 15 décembre 2003 – date de la précédente décision de refus de prestations - au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA;

art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution

d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. 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 LPG), 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. En l'espèce, il convient d'abord de se référer à la situation telle qu'elle se présentait au moment de la première décision de refus de l'intimé. A l'époque, il avait été établi que l'assuré souffrait de lombosciatalgie et de cervicalgies chroniques. Une importante discordance entre les plaintes et la situation clinique avait déjà été soulignée. En l'absence de pathologie vertébrale majeure, l'assuré avait été considéré comme apte à exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a invoqué une aggravation des cervicalgies ainsi qu'une tendinopathie des épaules, avec une déchirure de la coiffe à droite. Son médecin traitant a préconisé d'éviter toute activité ne respectant pas les limitations énoncées, dont on remarquera qu'elles coïncident avec celles admises par l'expert H_____ et par le médecin du SMR. est admis que, depuis lors, la situation de l'assuré s'est péjorée sur le plan physique puisqu'il souffre à présent aussi des membres supérieurs (Les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée retenues par le Dr D_____ en juillet 2009 correspondent à celles retenues par le Dr A_____ dans son rapport du 14 mai 2009.

Le rapport du Dr H_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où il se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par l'expert a été confirmé par les rapports du Dr A_____.

C'est également en vain que le recourant soutient que ce rapport n'était plus d'actualité lorsque l'intimé a statué. En effet, les documents médicaux produits par l'intéressé ne révèlent aucune nouvelle atteinte qui serait survenue depuis l'expertise. Ainsi que le fait remarquer à juste titre l'intimé, les paresthésies des doigts et le tunnel carpien ne constituent pas une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail durable et l'examen en otoneurologie s'est révélé normal, voire même amélioré – aux dires du Dr I_____ lui-même – par rapport à celui pratiqué par le Dr H_____. La neuropathie sensitivomotrice myélinique légère du nerf médian droit au tunnel carpien avait déjà été constatée à l'examen en 2010. On peut dès lors en conclure que la situation est inchangée depuis l'examen réalisé en 2010.

Quant à la conclusion du Dr H_____ selon laquelle le rendement serait diminué de 50%, elle n'est motivée que par le long éloignement de l'assuré du marché du travail – facteur non relevant pour l'assurance-invalidité, si ce n'est au niveau de l'application d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité. L'expert lui-même a souligné que, du point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations retenues était bel et bien de 100%.

C'est donc à juste titre que l'intimé a conclu en ce sens.

10. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

b) En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé, s'agissant du revenu avant invalidité, aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS), puisque l'assuré n'a pas exercé l'activité adaptée qui avait été reconnue exigible de sa part en 2003.

c) De même, pour le revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convenait de se référer également aux statistiques.

Ainsi que cela a été dit supra, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges, ni travail en position bras levés et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte des affections dont souffre le recourant.

On relèvera enfin que la réduction de 10% supplémentaire appliquée par l'intimé au revenu d'invalidité apparaît suffisante pour tenir compte de l'âge du recourant et de la durée de son éloignement du marché du travail, étant rappelé que ce dernier n'a plus repris d'activité lucrative alors qu'en 2003, une activité adaptée avait été jugée exigible de sa part.

Le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé n'apparaît donc pas critiquable.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de confirmer l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible d'influencer son droit aux prestations. Le recours est rejeté.

**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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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