

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2643/2007

ATAS/596/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juin 2011

2ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ZUFFEREY Georges

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né en 1967 et vit en Suisse depuis 1983. De formation mécanicien de précision, il a travaillé au centre d'intégration professionnelle de 1996 à 2000, puis il a bénéficié d'indemnités de chômage jusqu'à fin 2002, il a ensuite travaillé dans sa propre épicerie.

Il est atteint de diabète depuis 1999. Suite à une atteinte macrovasculaire avec une coronaropathie, un status post-infarctus et pose d'un stent en juin 2004, il a été régulièrement suivi à la consultation de cardiologie des HUG, qui a attesté d'une capacité de travail réduite du 16 avril au 30 août 2004. Il est en incapacité de travail totale depuis le 18 janvier 2006.

2. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité le 3 février 2006.
3. Par rapport médical du 19 juin 2006, le service de diabétologie, d'endocrinologie des HUG a diagnostiqué une polyneuropathie douloureuse aux membres inférieurs existant depuis 2004 avec répercussion sur la capacité de travail et un diabète, une hypertension et une cardiopathie ischémique sans répercussion sur la capacité de travail. Le patient ne pouvait plus exercer son travail, mais une autre activité, n'exigeant aucun effort physique important, était exigible à raison de 4 à 6 heures par jour. Les limitations fonctionnelles sont nombreuses. Le patient ne peut pas rester plus de 45' en position assise ou debout, les positions doivent donc être alternées, il est incapable de tenir à genoux, incliné, accroupi, se baisser, porter des charges. L'incapacité de travail est de 100% dès le 18 janvier 2006.

Par rapport médical du 18 juillet 2006, la Dresse A_____, spécialiste en diabétologie et endocrinologie a attesté que l'assuré souffrait d'une atteinte neurologique chronique évolutive (polyneuropathie périphérique) liée au diabète et occasionnant des douleurs chroniques qui rendaient la position assise immobile pendant plusieurs heures difficiles et il n'existe aucun antalgique efficace. Une activité adaptée était envisageable à 100% pour autant qu'elle tienne compte des douleurs chroniques.

En raison des contradictions de la capacité de travail et de l'imprécision de la motivation des limitations fonctionnelles indiquées, le service médical régional AI (SMR) a suggéré de procéder à un examen diabétologique.

4. Par rapport du 5 mars 2007, la dresse B_____, spécialiste en diabétologie et endocrinologie auprès du SMR, a retenu un diabète sucré de type II insulinotraité, compliqué d'une polyneuropathie douloureuse des MI prédominant à droite avec répercussion sur la capacité de travail. Elle a précisé que "*une partie de la symptomatologie douloureuse peut certainement être mise sur le compte d'un*

diabète sucré mal équilibré lié en partie à un suivi alimentaire erratique avec un apport en hydrate de carbone insuffisant. Dès lors, on peut raisonnablement se demander si les glycémies élevées observées le matin au lever ne sont pas dues à des hyperglycémies réactionnelles. Même si cet assuré n'a pas d'idée quant à une activité possible, je pense que l'on peut se rallier à l'avis du Docteur B_____ qui propose une activité de 4 à 6 heures par jour, que dans le contexte qu'on peut assimiler à 80%, compte tenu de l'anamnèse et de l'examen clinique de cette assuré". La capacité de travail exigible retenue était de 80% dans l'activité habituelle, qui est jugée adaptée.

5. Par projet de décision du 10 avril 2007, l'OAI a retenu une incapacité de travail de 20% et rejeté la demande.
6. Par avis médical du 24 avril 2007, la Dresse A_____ et le Pr C_____, chef du service diabétologie et endocrinologie des HUG ont attesté avoir revu l'assuré à la consultation du 14 mars 2007, et il ressortait de l'examen que les médecins confirmaient la présence d'un diabète de type II évoluant depuis 1999 avec un équilibre moyen fluctuant dans un contexte social difficile (hémoglobine glyquée entre 7,5 et 8,5-9) ce qui influence probablement les fluctuations glycémiques qui sont notamment extrêmement sensibles à l'état de stress des patients. Les médecins maintenaient le diagnostic d'une polyneuropathie périphérique douloureuse extrêmement handicapante et dont le pronostic était réservé. Il s'agit d'une atteinte qui pouvait tout juste être stabilisée mais en aucun éradiquée. Le maintien de l'équilibre glycémique pouvait favoriser la stabilisation ou la régression des symptômes mais pas des douleurs ni des troubles de la sensibilité profonde qui mettaient le patient en risque d'ulcère avec des difficultés de guérison.
7. Invité à se prononcer sur l'avis médical précité, la Dresse D_____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR a indiqué le 4 juin 2007 qu'aucun élément nouveau n'était indiqué, la capacité de travail étant donc de 80%.
8. Par décision du 7 juin 2007, l'OAI a confirmé son projet et rejeté la demande de l'assuré.
9. Par acte du 5 juillet 2007, l'assuré a formé recours contre la décision du 7 juin 2007 devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (soit la Chambre des assurances sociales de la cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011). Il a conclu à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à ce que l'OAI soit condamnée à prendre des mesures d'ordre professionnel en relation avec sa capacité de travail. En substance, le recourant fait valoir que le SMR se base sur l'avis de la Dresse A_____ pour retenir une capacité de travail de 80% alors que ce médecin n'a jamais admis une telle capacité. Il produit un pli de la Dresse A_____ non daté mais postérieur au 15 juin 2007 et qui indique "*il n'est par contre pas de mon domaine de*

compétence de déterminer et d'évaluer le taux d'invalidité que cette polyneuropathie douloureuse peut entraîner sur M. T_____ et je laisse le soin aux experts de se prononcer et de proposer au patient une activité professionnelle mieux adaptée à sa problématique de santé" Par contre, la Dresse A_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale d'avril à septembre 2007.

10. Par réponse du 28 août 2007, l'OAI a persisté dans sa décision, indiquant que dès lors que le SMR avait retenu une capacité de travail de 80% dans la même profession que celle déjà exercée, il n'y avait ni droit à une rente, ni droit à des mesures professionnelles.
11. Interpellée par le Tribunal sur les raisons qui justifiaient que l'assuré ne puisse pas exercer son métier de mécanicien de précision à 80% compte tenu des limitations admises, soit éviter les efforts et alterner les positions assis/debout, la dresse A_____ a répété par pli du 20 septembre 2007 qu'il n'était pas de sa compétence de déterminer le taux d'invalidité.
12. Lors de l'audience du 13 novembre 2007, l'assuré a déclaré qu'il ne pouvait plus exercer le métier de mécanicien de précision en raison de ses problèmes de concentration, de la fatigue, des douleurs sous les pieds, de crampes provenant du diabète, alors que le métier s'exerçait debout, avec port de charges et une grande concentration, car les machines sont dangereuses.
13. Par jugement incident du 13 novembre 2007, le Tribunal a ordonné la mise en place d'une mesure d'aide au placement avec stage d'observation du recourant, dès lors que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle, mais pourrait travailler entre 80% et 100% dans une activité adaptée et suspendu la cause dans l'attente du sort de la mesure.
14. Diverses mesures ont été mises en place par l'OAI, soit:
 - a. un entretien le 25 janvier 2008;
 - b. une décision d'octroi d'un stage d'orientation professionnelle auprès des EPI le 7 février 2008;
 - c. un stage aux EPI du 17 mars au 1^{er} juin 2008 (cf. ci-dessous);
 - d. un entretien le 22 août 2008, étant précisé que par pli du 20 juin 2008, le conseil de l'assuré a indiqué divers domaines correspondant aux aptitudes de l'assuré, soit mécanique, horlogerie, surveillance d'entreprise par vidéo et travaux de bureau;
 - e. des entretiens d'initiation aux techniques de recherche d'emploi, de rédaction de lettre et de CV les 9 et 29 septembre 2008;

- f. un test d'évaluation des aptitudes aux métiers industriels et horlogers auprès de Y_____ le 29 octobre 2009.
 - g. des recherches de stages auprès de diverses entreprises, sans succès;
 - h. un entretien téléphonique le 2 février 2009 avec l'assuré et son assistante sociale, lors duquel il est indiqué que l'OAI estime que la capacité de travail est de 80% dans les orientations ciblées, tout en relevant que tant que l'assuré est sous certificat médical, il ne peut percevoir des indemnités du chômage.
15. La synthèse du rapport de stage des EPI du 17 juin 2008 mentionne que l'assuré possède les capacités et les compétences pour réintégrer le monde économique ordinaire dans les domaines suivants :
- a. ouvrier de production (assemblage, montage, contrôle) dans l'industrie,
 - b. opérateur (production, presse, conditionnement) dans l'industrie.

Toutefois, vu le manque de motivation et le comportement inadéquat de l'assuré, la mesure a été prématurément interrompue 2 semaines avant son terme.

S'agissant de l'observation faite en atelier, le rapport précise qu'un travail en position assise est nécessaire, possible durant 8 heures moyennant des alternances. Le travail debout est possible au maximum 1 heure de temps en temps. Les déplacements sont limités car l'assuré boite. La coordination, la maîtrise et la précision sont de bon niveau Une fatigabilité physique est visible. Les efforts manuels sont à éviter, car des tremblements sont observés. La continuité dans l'attention est limitée en raison d'une fatigabilité physique. Concernant l'animation "traitement d'embauche", l'attitude générale de l'assuré est adéquate, il a souvent réitéré son désir de trouver un emploi adapté au plus vite. Après 5 semaines de stage, l'orientation professionnelle de l'assuré est prévue par un stage en entreprise, qui débute le 23 avril 2008. Le stage se passe bien jusqu'au 5 mai. L'assuré a perdu son logement et depuis lors, il passe beaucoup de temps au téléphone, manque plusieurs jours pour recherche d'appartement, devient impoli avec le personnel féminin, de sorte qu'il est mis un terme au stage le 19 mai 2008.

16. Il ressort du test AI de Y_____ du 29 octobre 2008 que l'assuré a effectué un travail rapide, mais a des difficultés à réaliser un travail qui demande beaucoup de répétitions. Il a de la peine à rester statique devant un poste. Il utilise habilement le tournevis mais tremble beaucoup.
17. Sur la base du compte rendu mettant un terme aux démarches de placement du 3 mars 2009 et au vu des éléments concordants indiquant que l'assuré est apte à travailler à 80% dans les cibles professionnelles énumérées, l'OAI a informé le

Tribunal que l'assuré peut être considéré comme un demandeur d'emploi, par pli du 4 juin 2009.

18. Sur cette base et par pli du 12 juin 2008, le Tribunal a interpellé l'assuré pour qu'il confirme que la cause pouvait être rayée du rôle, l'invitant dans ce cas à s'inscrire au chômage.
19. Par pli du 30 août 2009, l'assuré a maintenu son recours et ses conclusions, invoquant sa bonne volonté lors des stages, les certificats médicaux attestant qu'il est toujours incapable de travailler à 100%, qu'il s'est inscrit à l'OCE le 24 juillet 2009, mais que l'inscription est refusée en raison de son arrêt maladie à 100%.
20. Par pli du 5 octobre 2009, l'OAI a proposé de procéder à un complément d'instruction médicale auprès du SMR, sur la base du 17 septembre 2009 de l'avis du Dr D_____ auprès du SMR. D'une part, des limitations fonctionnelles supplémentaires constatées lors du stage EPI (alternance des positions debout/assis, pas de travail prolongé debout, capacité d'attention limitée) qui expliquent la dangerosité de l'activité habituelle d'opérateur sur des machines dangereuses sont dues à l'atteinte à la santé connue (polyneuropathie douloureuse et fluctuations glycémiques). D'autre part, un état anxio-dépressif était rapporté comme une nouvelle atteinte à la santé dont l'effet incapacitant n'était pas élucidé.
21. Par jugement du 27 novembre 2009, le Tribunal a rejeté la demande de récusation formée par l'OAI contre Madame U_____, alors présidente, pour toutes les causes dont elle était chargée en matière d'assurance invalidité.
22. Selon le rapport médical du 7 décembre 2009 du Dr F_____, les limitations de l'assuré sont des troubles de concentration, tremblements, douleurs et inadaptation physique et psychique dus à un diabète mal équilibré, une polyneuropathie, un état anxio-dépressif. L'activité antérieure ne peut plus être exercée. Une activité calme et adaptée pourra être reprise à 40-50% dès janvier 2010.
23. Selon le rapport médical du 10 janvier 2010 du Dr G_____ auprès de la polyclinique de neurologie des HUG, l'assuré a été hospitalisé du 10 au 14 août 2009, pour des malaises d'origine mixte, avec vertiges, chez un patient anxieux.
24. Par pli du 26 janvier 2010, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, sur la base de l'avis médical du 12 janvier 2010 du Dr D_____ auprès du SMR, qui préconise une évaluation pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et neuropsychologique, afin de déterminer si et depuis quand il y a une aggravation durable, d'élucider les limitations fonctionnelles et l'exigibilité actuelle. Le médecin indique que les rapports des médecins traitants mentionnent l'aggravation de l'état de santé depuis le 1^{er} janvier 2009 qui a impliqué une incapacité de 100%, l'aggravation est surtout psychique et de nouveaux diagnostics ont été rapportés, soit des malaises d'origine

mixte depuis juillet 2009, des troubles de l'humeur dus aux problèmes somatiques F06.3X, des troubles de l'adaptation F43.2 et des lombalgies. L'assuré a été hospitalisé du 8 au 14 août 2009 en neurologie. Le SMR estime que le diagnostic psychiatrique est peu clair en l'absence d'évaluation par un psychiatre et de traitement, les limitations et l'exigibilité actuelles ne sont pas claires non plus.

25. Par pli du 9 mars 2010, l'assuré a confirmé que ses conclusions visant à obtenir des mesures d'ordre professionnel n'ont plus d'objet, compte tenu de son état de santé. Il a adhéré au projet de l'OAI de procéder à une évaluation pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et neuropsychologique, et indiqué que son médecin traitant se chargeait de l'organisation de cette évaluation, son rapport pouvant être remis dans un mois. Il a précisé que son incapacité de travail était toujours de 100%, qu'il avait été hospitalisé 4 jours en août 2009 en raison de malaises répétitifs et se référant au rapport de son médecin traitant pour ce qui était de l'aggravation de son état de santé.
26. Par ordonnance du 10 mars 2010, des délais ont été impartis aux parties pour produire les expertises médicales mises en œuvre, lesquels ont été prolongés à leur demande.
27. L'assuré a produit divers rapports médicaux complémentaires, comme suit :
 - a) le rapport du 12 avril 2010 du Dr F_____, généraliste, mentionne une situation stable avec une incapacité de travail de 100% dès le 1er janvier 2009. Le médecin résume ensuite les rapports des spécialistes mis en œuvre;
 - b) l'attestation du 5 mai 2010 du Dr H_____, psychiatre, qui indique que "le patient souffre d'un état de stress post traumatique F 43.1 et que l'impact de cette affection sur le quotidien du patient est sévère. Il n'arrive plus actuellement à travailler, entretenir un réseau social et ses occupations sont limitées au maximum".
 - c) le rapport médical du Dr I_____, neurologue, qui mentionne les plaintes du patient (tremblement, douleurs type brûlures, perte d'énergie et asthénie). L'examen clinique neurologique révèle une aréflexie généralisée, surtout distale, une amyotrophie distale et une diminution de la pallesthésie. L'examen oriente vers une polyneuropathie dont l'origine est vraisemblablement le diabète. L'amyotrophie des deux cuisses pourrait être d'origine héréditaire.
28. L'OAI a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) effectuée par les Drs J_____, neurologue et expert responsable, K_____, psychiatre, et L_____, rhumatologue et médecin interne. L'assuré a séjourné dans la clinique du 23 au 25 août 2010. Le rapport d'expertise du 7 octobre 2010 contient un résumé complet du dossier, une anamnèse détaillée, le récit des plaintes du patient, la description de ses habitudes et du déroulement de l'une de ses journées, ainsi que de la médication en cours. S'agissant

des données objectives, les experts ont procédé à un examen neurologique, psychiatrique et rhumatologique, complétés par une évaluation neuropsychologique et une évaluation en atelier professionnel. Ils retiennent les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré suivants: état de stress post traumatique (F43.1), épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique (F32.2), polyneuropathie ataxiante et douloureuse d'origine diabétique (E14.4-G63.2) et un diabète de type II insulino-requérant (E14.9) d'équilibration difficile. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont: hypertension artérielle (I10), cardiopathie ischémique (I25.1), dyslipémies (E78.0), lombalgies non spécifiques et arthroses du pouce droit.

Lors de l'évaluation neuropsychologique, la Dresse M_____ conclut que les performances cognitives de l'assuré sont dans la norme, mais que les résultats obtenus le sont au prix d'un épuisement visible, authentique, chez le patient, qui met un point d'honneur à faire son maximum. La fatigue ressort comme étant sa plainte principale et il est probable que sur une plus longue durée que celle de l'examen (deux heures), la fatigue aurait une répercussion sur ses performances.

L'observation en atelier professionnel a eu lieu sur trois jours, à raison de 2h le premier jour, puis 2 h 30 le deuxième, puis 4 heures le dernier. La conclusion de l'évaluation est que l'assuré a modérément collaboré à la mesure, ne comprenant pas vraiment le sens de sa présence dans l'atelier. La qualité du travail est en général bonne. Toutefois, ses déplacements sont marqués par une boiterie, l'assuré s'aide d'une canne en bois pour ses déplacements, alors qu'il lui est possible de le faire sans cela. Il se plaint de douleurs diffuses et d'une forte fatigue. Même si l'assuré adhère à un programme d'activités avec des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail, l'employabilité paraît sujette à caution.

S'agissant de l'appréciation du cas, les experts retiennent que le diabète mis en évidence en 1999 avec une complication d'infarctus du myocarde en 2004 et atteinte neurogène sous forme de polyneuropathie ataxiante et douloureuse avec une composante végétative se surajoute aux fluctuations de la glycémie dans le cadre d'un traitement d'insuline et explique les malaises itératifs à caractère lipothymique.

L'examen neurologique comporte une hypomyotrophie intrinsèque des pieds, une aréflexie achilléenne et des troubles sensitifs non dissociés de répartition distale en gradient aux deux membres inférieurs, traduisant la polyneuropathie. Sur le plan électrophysiologique, il s'agit d'une atteinte sensitivo-motrice essentiellement myélinique modérée avec une composante axonale plus marquée pour le nerf tibial postérieur droit.

La fatigabilité relevée qui apparaît limiter significativement la capacité de travail de l'assuré peut être mise sur le compte du diabète et des fluctuations de la glycémie, de l'atteinte neurovégétative, mais également de la médication et notamment des psychotropes, ainsi que de l'état psychique de l'assuré.

Dans son évaluation psychiatrique, la Dresse N_____ conclut qu'actuellement, sur le plan clinique, les signes thymiques sont au premier plan, marqués par une humeur fluctuante, l'envie de mourir, le dégoût de la vie, la perte de l'intérêt et du plaisir, les ruminations nocturnes, la baisse de l'estime de soi, le manque de confiance en soi, un sentiment de dévalorisation et des difficultés existentielles. Les douleurs et les limitations fonctionnelles sont aussi parmi les plaintes de l'assuré. Il vit seul et parvient à faire ses tâches quotidiennes à son domicile, mais se sent limité, Il y a aussi la peur de faire des malaises et de perdre connaissance en raison de son hypoglycémie. Il assume par contre les tâches administratives et accompagne ses enfants à la piscine. Depuis sa séparation, il est isolé et a peu de contact avec l'extérieur. La dégradation de son état de santé et sa situation familiale actuelle, en particulier le conflit avec la mère de ses enfants, sont vécues comme des événements traumatiques qui ont déclenché les souvenirs anciens du traumatisme de la guerre qu'il a subie quand il était encore enfant soldat. Il souffre d'insomnies associées à des anxiétés, à de la dépression, à une idéation suicidaire et à des réactions agressives.

Elle retient le diagnostic d'un état de stress post-traumatique au vu des signes spécifiques tels que cauchemars, souvenirs parfois envahissants, images de la guerre, de la violence et de la mort, ainsi que des souvenirs dramatiques concernant la mort de ses proches. Ces troubles sont de longue date mais les conflits et les violences conjugales en 2008 sont décrits comme des événements stressants ayant entraîné une reviviscence des souvenirs anciens.

D'autre part, l'assuré présente un trouble dépressif majeur (sentiment d'impuissance, idées suicidaires, fatigabilité, désespoir et sentiment de perte). La tendance dépressive est aussi de longue date mais plus accentuée actuellement.

L'évolution de son état est fluctuante, ayant nécessité une prise en charge psychiatrique depuis mai 2010. On observe aussi des traits de personnalité un peu rigide et méfiante,

Elle considère que l'ensemble de ses sévères troubles ont ici une certaine valeur incapacitante en raison de sa vulnérabilité au stress, de ses difficultés à s'adapter à un environnement professionnel et à supporter une journée de travail. L'incapacité pour motifs psychiatriques est estimée à 50% depuis 2009, mais celle-ci sera à réévaluer d'ici deux ans.

Les experts s'accordent à reconnaître une incapacité de travail de 80%, dont 50% relève de la problématique psychiatrique et 30% de l'atteinte somatique.

Les limitations au plan physique sont la limitation de la marche et de la station debout, les activités manuelles sous contrainte et dans le temps. L'endurance et les déplacements sont limités. L'incapacité de travail a débuté en 2004. L'évolution de l'incapacité de travail est estimée à 50% de 2004 à 2009, des facteurs psychologiques liés à la séparation du couple en 2008 jouant un rôle défavorable. Elle est depuis lors de 80%. La capacité résiduelle de travail est de 20% dans une activité sans contrainte de temps et d'horaire, sans déplacement ni port de charges et fractionnable, de sorte que si elle respecte cela, l'activité antérieure est exigible.

29. Par pli du 29 novembre 2010, l'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 6 février 2006, estimant que l'incapacité de travail de 80% existe depuis 2004 déjà. Il joint à son courrier les attestations des Drs F_____ et H_____, qui déclarent, tous les deux, acquiescer aux conclusions du rapport d'expertise de la CRR, le premier estimant toutefois que l'exigibilité dans l'activité de mécanicien de l'assuré est clairement compromise à 100% et, le second, que la sévérité du syndrome de stress post-traumatique justifie une incapacité de travail de 100%.
30. Par pli du 22 décembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. La valeur probante de l'expertise de la CRR est contestée, les experts procédant de manière erronée à une addition des taux d'incapacité de travail constatés sur les plans somatique et psychique, contrairement à la jurisprudence. L'atteinte psychique date de 2009 seulement et les constatations sur le plan somatique de la CRR sont superposables à celles des médecins du SMR en 2007, qui admettaient une capacité de 80% dans toute activité adaptée. Cette capacité était corroborée par le stage fait en 2008 et par la dresse A_____. La concordance des divers éléments du dossier doit ainsi conduire le Tribunal à retenir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. De plus, l'état psychique du recourant s'est modifié postérieurement à la décision litigieuse, entraînant à compter de janvier 2009 une incapacité de travail de 50%, qui ne doit pas être prise en compte, dès lors que le juge doit apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision a été rendue.

Le revenu sans invalidité est celui ressortant du tableau TA7 2006, niveau 4, ligne 10 (opérateur sur machine-outil), de 4'933 fr. Actualisé à 2007 et à la durée de travail de 41,7 heures, le revenu sans invalidité est de 62'784 fr. par an. S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI se fonde sur les ESS 2006, TA1, tous secteurs confondus (total), niveau 4, réactualisé à 2007, pour une activité à 80%, soit un salaire annuel de 48'181 fr. (60'226 fr. à 100%). Dans la mesure où la capacité de travail tient compte des limitations fonctionnelles, aucune réduction supplémentaire ne se justifie, l'assuré est encore jeune et en Suisse depuis de nombreuses années. Ainsi, le taux d'invalidité doit être fixé à 23%.

L'OAI joint à son courrier l'avis du Dr D_____ du SMR du 30 novembre 2010, selon lequel les experts retiennent une incapacité de travail de 50% de 2004 à 2009, sans fournir d'élément objectif, qui motiverait de s'écarter de la conclusion du Tribunal du 13 novembre 2007, admettant une capacité de travail de 80 à 100% dans une activité adaptée. L'addition des taux d'incapacité de travail somatique et psychique est critiquée par le SMR. Le taux d'incapacité est contredit par les observations en atelier lors de l'expertise, l'assuré ayant la capacité de poursuivre une activité en station debout avec des déplacements de cinquante mètres durant trois heures d'affilée, de sorte qu'il existe une limitation de capacité de 20%, dans une activité adaptée. Sur la base de l'arrêt incident du Tribunal du 13 novembre 2007, du stage aux EPI en 2008 et de l'avis du SMR du 26 mai 2007, le Dr D_____ estime que la capacité de travail de l'assuré est de 80% dès janvier 2006 et de 50% dès début 2009.

31. Par pli du 25 janvier 2011, la Cour de justice interpelle la CRR afin de savoir si l'assuré souffrait, de 2004 à 2009, d'affections psychiatriques; quelles étaient les limitations liées à ces affections et leur influence sur la capacité de travail; à défaut, si l'incapacité de travail de 50% de 2004 à 2009 était uniquement due aux autres diagnostics retenus. La CRR était également priée d'évaluer l'incapacité de travail liée à chaque diagnostic puis l'incapacité globale de travail de l'assuré, sans procéder à une addition des taux individuellement retenus, de 2004 à ce jour.
32. Par pli du 25 février 2011, la Dresse O_____, psychiatre auprès de la CRR, répond que sur le plan psychiatrique, le Dr F_____ a rapporté en août 2009 une nouvelle atteinte sous forme d'éléments anxiodépressifs et le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été retenu par le Dr H_____ en mai 2010, date de la première prise en charge psychiatrique, ainsi que l'introduction d'un traitement psychotrope. Sur cette base, on peut conclure que l'assuré ne souffrait pas d'affection psychiatrique significative de 2004 à 2009. Les limitations liées à ces affections sont des difficultés à supporter les contraintes, le stress d'une journée de travail, la limitation de la capacité de travail est de 50%.
33. Par pli du 28 février 2011, le Dr J_____, spécialiste en neurologie auprès de la CRR, précise que l'incapacité de travail de 50% retenue de 2004 à 2009 relève de la polyneuropathie et du diabète, la première générant des douleurs interférant sur la marche, l'équilibre, mais également l'attention et la concentration; le diabète étant limitant dans le sens d'une fatigabilité surtout intellectuelle, en raison de fluctuations de la glycémie, de l'atteinte neuro-végétative associée à la polyneuropathie. Il s'ensuit des malaises lypothimiques de survenue imprévisible.

S'agissant de l'incapacité de travail, le médecin mentionne 50% d'incapacité depuis 2004, en raison de la polyneuropathie ataxiante et douloureuse d'origine diabétique, 50% depuis 2004 en raison du diabète, 50% depuis 2009 en raison de

l'état de stress post-traumatique et 50% depuis 2009 en raison de l'épisode dépressif moyen à sévère.

L'incapacité globale de 80% chez l'assuré relève d'une appréciation globale explicitée, peut-être maladroitement, comme 50% relevant de la problématique psychiatrique et 30% de l'atteinte somatique, ce qui serait contradictoire par rapport à la réponse donnée ci-dessus, dès lors que l'atteinte somatique n'a pas diminué en importance dans l'absolu depuis 2009. Il semble toutefois que l'atteinte psychiatrique est actuellement prééminente et c'est ce que la CRR a voulu exprimer par ces pourcentages. Ce qui explique la différence de points de vue entre la CRR et le SMR provient de la prise en compte de l'examen neuropsychologique. En effet, si les performances cognitives sont décrites comme dans les normes pour toutes les fonctions investiguées, la fatigabilité est donnée comme majeure après 2 heures d'examen seulement, à tel point que l'on peut penser qu'elle se répercuterait dès lors sur ces mêmes performances. Il en découle la diminution de travail que la CRR a indiquée.

34. Par pli du 28 mars 2011, l'avocat de l'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 6 février 2006. S'agissant de l'état de santé psychique, il admet que la limitation de la capacité de travail est de 50% mais relève que l'état de stress post-traumatique mentionné par le Dr H_____ en 2010 est lié au conflit conjugal, lequel remonte à l'année 2008 déjà, ainsi qu'au passé d'enfant soldat de l'assuré, qui date de la fin des 70. Le fait que l'assuré ne soit suivi que depuis le mois de mars 2010 par un psychiatre ne signifie pas nécessairement que l'affection psychiatrique n'existait pas, mais au contraire, qu'elle était vraisemblablement enfouie en lui. Ainsi, l'incapacité globale de travail de 80% remonte à une date antérieure à 2009 et l'expertise du CRR doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
35. Par pli du 31 mars 2011, l'OAI confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, la capacité de travail exigible de l'assuré étant de 80% et l'aggravation de l'état de santé étant rendue plausible seulement postérieurement à la décision, ce qui doit faire l'objet d'une demande de révision de la part du recourant. Selon l'avis du SMR du 16 mars 2011, signé par les Drs P_____ et D_____, les conclusions des experts ne sont pas fondées sur des éléments objectifs qui mettraient en cause les conclusions du Tribunal cantonal des assurances sociales du 13 novembre 2007, qui retient une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité adaptée, fondée sur les observations lors de la mesure effectuée de mars à juin 2008. Les experts ne fournissent pas non plus d'éléments en faveur d'une aggravation ultérieure de l'atteinte somatique. Le SMR considère que l'incapacité de travail retenue par les experts, de 50% de 2004 à 2009 et de 80% depuis lors n'est pas convaincante, en regard de la conclusion du Tribunal du 13 novembre 2007, des observations rapportées et du mode d'appréciation globale de l'incapacité de travail des experts. La fatigabilité accrue

retenue par les experts n'a pas été constatée en atelier professionnel. Le SMR persiste donc à conclure que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 80% dès 2004 et de 50% dès début 2009, soit après la décision attaquée, en raison du trouble psychiatrique retenu.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 18 janvier 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur en date du 1^{er} janvier 2004, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

En revanche, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129 ; 5^{ème} révision AI) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables en vertu du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité depuis janvier 2006, les conclusions subsidiaires de l'assuré portant sur l'octroi de mesures professionnelles étant devenues sans objet compte tenu de son état de santé.

5. a) Aux termes de l'art. 4 aLAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1^{er}).

b) Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'art. 8 al. 3 aLAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (let. b), des mesures de formation scolaire spéciale (let. c), l'octroi de moyens auxiliaires (let. d) et l'octroi d'indemnités journalières (let. e).

c) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa version en vigueur avant la 5^e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1^{er} LPGA (al. 1^{er}). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1^{er} LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il

y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

d) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

e) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

b) 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur

les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

c) On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

7. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut 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 (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

b) En l'occurrence, la Cour étendra son examen à l'aggravation de l'état de santé de l'assuré dès janvier 2009, par économie de procédure, dès lors que les parties ont largement pu s'exprimer sur cet aspect, lequel a été instruit de façon approfondie par une expertise ordonnée par l'OAI et qui est ainsi en l'état d'être jugée, étant précisé que l'OAI admet l'aggravation de l'état de santé pour des motifs psychiques et l'incapacité de travail en résultant, la contestation de l'incapacité de travail retenue par les experts portant sur la période antérieure à la décision.

8. a) Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse du 7 juin 2007 est essentiellement fondée sur le rapport médical du SMR du 26 mars 2007, qui ne contient pas une analyse approfondie du cas. En effet, il se contente d'affirmer qu'une partie des symptômes douloureux "peut certainement" être mis sur le compte d'un diabète

sucré mal équilibré, mais que l'on peut "raisonnablement se demander" si la fluctuation glycémique n'est pas due à "un suivi alimentaire erratique". En l'absence de complication visuelle ou rénale, il est proposé de suivre l'avis du Dr A_____, qui propose une activité de 4 à 6 heures dans une activité adaptée.

En particulier, aucun examen des limitations fonctionnelles décrites par la Dresse A_____ n'est fait, à savoir que le patient ne peut pas rester plus de 45' en position assise ou debout, que les positions doivent donc être alternées, qu'il est incapable de tenir à genoux, incliné, accroupi, se baisser, porter des charges. Le SMR retient, sans explication, ni examen, que l'assuré peut exercer à 80% un travail sédentaire, sans port de charges, sans marche prolongée, ni en terrain irrégulier, sans l'utilisation d'escabeau, échelle ou escaliers. Les difficultés à rester debout ne sont pas retenues, sans motivation, alors que le SMR a relevé que le patient se plaint de douleurs sous les pieds et qu'il marche sur la tranche externe des pieds pour éviter la douleur.

Ainsi, le SMR a exclu sans motif une partie des limitations fonctionnelles liées à la polyneuropathie douloureuse consécutive au diabète. Il n'a pas tiré de conclusions de son diagnostic et s'est contenté de reprendre, au demeurant de façon tronquée, les indications du médecin traitant sur la capacité de travail résiduelle du patient. Ainsi, alors que l'avis n'apporte aucun élément différent des appréciations de la Dresse A_____, la décision de l'OAI retient une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle, alors que le médecin cité admet une capacité allant de 60% à 80% dans une activité adaptée et tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues. Au vu de ces éléments, le Tribunal cantonal des assurances sociales a estimé que le seul rapport du SMR n'était pas suffisamment clair et motivé pour tirer des conclusions définitives sur l'état de santé de l'assuré ainsi que sur sa capacité de travail, raison pour laquelle il a ordonné un stage d'observation par ordonnance du 13 novembre 2007. En mentionnant que "le recourant pourrait travailler entre 80% et 100% dans une activité adaptée", le Tribunal s'est fondé sur l'appréciation médicale figurant au dossier, soit celle du SMR et a souhaité vérifier cette aptitude concrètement. La Tribunal n'a ainsi pas retenu ou "conclu" que cette capacité de travail était établie, sans quoi il aurait tranché le cas sur cette base, sans instruction complémentaire.

b) Le stage d'observation effectué de mars à juin 2008 a permis de confirmer la réalité des limitations fonctionnelles décrites par le médecin traitant en 2006 déjà. En particulier, il est déterminé que seule la position assise, avec alternance toutes les heures est possible. La position debout est indiquée une heure au maximum. La fatigabilité physique est existante et l'attention est limitée en raison de cette fatigabilité physique. Les efforts manuels sont à éviter, car des tremblements sont observés. Cela implique que le travail debout sur des machines dangereuses n'est plus possible. Le stage chez Y_____ confirme que l'assuré a de la peine à rester statique devant un poste, qu'il utilise habilement le tournevis mais tremble

beaucoup. Ainsi, c'est à tort que le SMR indique le 17 septembre 2009 que de nouvelles limitations fonctionnelles ont été constatées lors du stage. Celles-ci étaient déjà présentes lors de la décision dont est recours.

Si l'observation professionnelle effectuée avec sérieux en 2008 confirme la réalité des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé du recourant et établit que seules des activités professionnelles sans danger sont adaptées aux limitations, elle ne permet pas de déterminer, du point de vue médical, les diagnostics, le taux de capacité de travail résiduel de l'assuré et la date du début des affections invalidantes. C'est donc à tort que le Tribunal a alors proposé au recourant de s'inscrire au chômage sur la base des constats du stage, mais à juste titre que le SMR a suggéré, au vu des incertitudes subsistant, une expertise multidisciplinaire.

c) L'expertise de la CRR effectuée peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Les rapports des experts ont été établis en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressé, d'un examen complémentaire de neuropsychologie, ils prennent en considération les plaintes du patient ainsi que l'histoire médicale de celui-ci et leurs conclusions sont bien motivées et claires. Les experts ont également vérifié leurs conclusions s'agissant des limitations de l'assuré par un stage en atelier. Pour le surplus, les parties ne soulèvent aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance des examinateurs. Les éléments médicaux apportés par les parties et les autres éléments du dossier ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts.

S'agissant du plan psychiatrique, les diagnostics de stress post traumatique et de trouble dépressif majeur ne sont pas contestés. La motivation de l'expert s'agissant de la date de l'aggravation de l'état de santé est tout à fait convaincante, car elle se fonde sur les rapports médicaux des médecins traitants, qui mentionnent pour la première fois cette aggravation en 2009 (DR F_____, qui retient une incapacité dès le 1^{er} janvier 2009), le patient étant traité depuis mai 2010 seulement (Dr H_____). Ainsi, l'argument du recourant, selon lequel l'incapacité de travail remonte à l'origine du stress post-traumatique n'est pas pertinent. En effet, et comme il l'admet lui-même, il est possible qu'un traumatisme reste enfoui de nombreuses années, sans provoquer aucun trouble psychiatrique et, par conséquent, aucune incapacité de travail. De même, la réminiscence de la violence occasionnée par un conflit (le conflit conjugal de 2008 en l'espèce) n'a pas forcément d'effet immédiat. D'ailleurs, c'est à partir de mai 2008 seulement que l'assuré, qui perd son logement et est confronté à des difficultés conjugales, commence à adopter un comportement inadapté avec des collègues lors du stage en entreprise, qui est vraisemblablement un signe avant-coureur des troubles psychiatriques, lesquels ne sont pas encore mis en évidence en octobre 2008 lors du test chez Y_____. L'expert admet certes que l'état dépressif était déjà présent avant janvier 2009, mais qu'il ne présentait pas la gravité constatée depuis lors. La Cour retiendra donc, au

degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles psychiques retenus par l'expert impliquent une incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 2009, date à partir de laquelle le SMR admet l'aggravation de l'état de santé pour ce motif.

S'agissant du plan somatique, les diagnostics ne sont plus contestés et le SMR ne prétend plus que les conséquences du diabète seraient dues à un comportement alimentaire erratique de l'assuré. Ce sont toutefois les répercussions des troubles sur la capacité de travail de l'assuré qui sont discutées. D'une part, les conséquences objectivées par les experts de la polyneuropathie ataxiante et du diabète sont des douleurs, des tremblements, une fatigabilité accrue et une limitation de l'attention. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts et le SMR sont: la position debout (sauf occasionnellement et pour un temps court), les escaliers, escabeaux, échelles, les terrains irréguliers, les activités manuelles lourdes et avec une contrainte de temps. Le SMR conteste essentiellement la fatigabilité retenue. Or, contrairement à l'argument invoqué, la fatigabilité physique, de même que les tremblements et la difficulté d'attention ont été dûment constatés lors du stage aux EPI, les responsables de l'atelier relevant en plus un faible tonus, mais il s'avère que ses conséquences ont été mal évaluées en termes de capacité de travail. Le rendement constaté va de 60% à 100% et le fait de pouvoir rester assis 8 heures n'est pas une mesure suffisante de la capacité de travail sur une longue durée et dans des conditions réelles d'emploi. De plus, la capacité de travail de 50% retenue par les experts est justifiée de façon convaincante par des conséquences désormais objectivées médicalement, soit non seulement la fatigabilité accrue, mais aussi les douleurs, les malaises dus au diabète mal équilibré et les difficultés d'attention. Les experts ont en outre expliqué que malgré des fonctions cognitives dans la norme, la fatigabilité est majeure après deux heures d'examen seulement, de sorte qu'elle a des conséquences sur les performances constatées. Par contre, pour ce qui est du début de l'incapacité de travail durable, s'il ne fait pas de doute au vu des premiers avis médicaux recueillis par l'OAI que les troubles retenus datent de 2004, leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré sont moins clairement déterminées. Les experts retiennent 2004 en se fondant semble-t-il sur les dires de l'assuré. Toutefois, dans la mesure où aucun médecin consulté à l'époque des faits n'atteste d'une incapacité de travail avant janvier 2006, sauf une courte période en 2004 pour des troubles cardiaques, la Cour retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail est de 50% depuis le 18 janvier 2006 (cf. rapport des HUG du 19 juin 2006).

S'agissant de la capacité de travail globale de l'assuré dès le 1^{er} janvier 2009, les experts admettent que la fatigabilité retenue comme conséquence des troubles somatiques est encore aggravée du fait des psychotropes et de l'état psychique, ce qui, ajouté aux limitations fonctionnelles et à l'absence de résistance au stress et à une journée de travail, justifie une incapacité de travail globale de 80% dès le 1^{er} janvier 2009. Le SMR critique "l'addition" des taux d'incapacité psychique et somatique et les experts ont expliqué leur position par le fait que l'aspect psychique

était devenu prépondérant dès 2009, tout en confirmant l'incapacité de 50% pour des troubles uniquement somatiques de 2004 à 2009. Leurs explications sont judicieuses, car l'évaluation effectuée est globale. Cela étant, l'incapacité de travail de 50% avant 2009 ayant été admise par la Cour et l'aggravation de l'état de santé depuis lors n'étant pas contestée ni contestable, cette question devient sans objet. Le psychiatre de l'assuré estime quant à lui que son patient est incapable de travailler à 100% depuis janvier 2009. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, de l'absence de motivation précise du médecin traitant quant à la sévérité du trouble, il convient de se ranger à l'avis des experts et retenir une incapacité globale de 80% dès le 1^{er} janvier 2009. Cela étant, la prise en compte d'une capacité de travail de 80% ou de 100% dès le 1^{er} janvier 2009 n'a pas d'influence sur le droit aux prestations.

d) Le seul autre point sur lequel l'expertise est critiquable concerne l'activité exigible retenue, soit la profession exercée jusqu'alors de mécanicien de précision sur machine lourdes, dès lors que tant le médecin traitant que ceux du SMR retiennent, au vu des tremblements et du manque d'équilibre notamment, que celle-ci présente trop de dangers. Il faut donc suivre l'OAI, s'agissant des tables des ESS retenues pour le revenu d'invalidé et sans invalidité. L'année déterminante pour l'octroi des prestations est 2007, soit un an après le début de l'incapacité durable de plus de 20%. C'est à juste titre que l'OAI ne retient pas d'abattement supplémentaire, les limitations fonctionnelles sont suffisamment prises en compte, l'assuré est âgé de 39 ans en 2006 et il dispose d'un permis d'établissement "C". Les chiffres et le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI peuvent donc être repris sous réserve du taux d'activité retenu soit 50% au lieu de 80% comme suit: revenu sans invalidité: 62'784 fr. (ESS 2006, TA7, ligne 10, niveau 4, homme, pour 41.7 heures, réévalué à 2007) et revenu d'invalidé: 60'226 fr. (ESS 2006, TA1, total, niveau 4, homme, réévalué à 2007) x 50%, soit 30'113 fr. Ainsi, le taux d'invalidité est de 52%.

Après l'aggravation de janvier 2009, le calcul effectué selon les mêmes tables, mais sur la base des ESS 2008, réévalués à 2009, soit un revenu sans invalidité de 62'241 fr. (TA 7, idem, pour 41.6 heures), et un revenu d'invalidé de 61'298 fr (TA1, idem pour 41.6 heures) x 20%, soit de 12'259 fr. Ainsi, le taux d'invalidité passe à 80% dès janvier 2009.

9. Ainsi et en résumé, la Cour retient que lors de la décision du 7 juin 2007, le recourant était, depuis le 18 janvier 2006, totalement incapable de travailler dans sa profession et capable de travailler à 50% dans une profession adaptée. Cette incapacité de travail s'est durablement aggravée, atteignant au moins 80% dès le 1^{er} janvier 2009. Il en résulte un taux d'invalidité de 52% ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2007 et de 80% ouvrant le droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2009, soit trois mois après l'aggravation. Le recourant a également droit au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1^{er} janvier 2009, soit à l'échéance

d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, et ce, dans les limites de l'art 24 al. 4 LPGA, les montants dus à des tiers, tels l'Hospice Général par exemple ne portant pas intérêts, étant précisé que le recourant s'est entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (art. 26 al. 2 LPGA et 7 OPGA).

10. Le recours est donc partiellement admis, la décision du 7 juin 2007 est annulée, l'assuré ayant droit à une demi rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007 et à une rente entière dès le 1^{er} avril 2009, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1^{er} mars 2008.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument limité à 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI), compte tenu des frais d'expertise et de stage à sa charge.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 7 juin 2007, dit que le recourant a droit à une demi rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007 et à une rente entière dès le 1^{er} avril 2009, avec un intérêt de 5% dès le 1^{er} janvier 2009, au sens des considérants
3. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul des prestations.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure de 2'500 fr en faveur du recourant.
6. 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

Sabina MASCOTTO

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