

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1976, s'est établi en Suisse en 1999, où il a travaillé en tant qu'agent de sécurité.
2. Dès le mois de septembre 2003, l'assuré a subi une incapacité de travail totale en raison de lombosciatalgies, attestée par le docteur C_____, praticien FMH.
3. Une IRM du 15 décembre 2003 a révélé une hernie discale postéro-latérale droite en L4-L5 engendrant un conflit disco-radiculaire homo-latéral et une discopathie L5-S1 débutante.
4. L'assuré a subi une cure de hernie discale le 23 février 2004, pratiquée par le docteur B_____, médecin au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
5. Le 29 mars 2004, le Dr B_____ a noté une nette amélioration après l'intervention du 23 février 2004. L'évolution était favorable. On notait toutefois une douleur au poplité externe, probablement due à une entorse ou à une irritation de la tête du péroné en raison d'un défaut de charge. L'assuré faisant un métier nécessitant une bonne mobilité, le médecin proposait une reprise du travail à 50 % le 3 mai 2004, puis à 100 % dès le 23 mai 2004.
6. Le Dr C_____ a attesté un nouvel arrêt de travail complet dès le 19 novembre 2004 en raison de lombosciatalgies droites, qu'il a régulièrement prolongé par la suite.
7. Dans un rapport du 10 janvier 2005, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré présentait depuis fin octobre une récurrence de douleurs irradiant dans le cou-du-pied droit. L'IRM montrait une petite récurrence de hernie discale L4-L5 droite expliquant bien la symptomatologie. L'évolution était favorable sous traitement conservateur. Le neurochirurgien recommandait à l'assuré la reprise de son activité professionnelle dès début février, éventuellement associée à la physiothérapie pour remuscler le releveur du pied et stabiliser le genou.
8. Une IRM du 8 avril 2005 a révélé une minime discopathie L4-L5 avec déshydratation du disque et hernie discale para-médiane droite présentant un aspect relativement inhabituel, pouvant traduire une composante hémorragique.
9. Le 12 avril 2005, le Dr C_____ a fait état d'une mauvaise évolution et de douleurs invalidantes. L'assuré était très motivé à reprendre son travail.
10. Dans un rapport du 25 avril 2005, le docteur D_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, a rappelé que l'assuré avait subi une discectomie L4-L5 droite en février 2004 avec d'excellentes suites. Il était positif et avait repris son travail sans problème pendant plusieurs mois, jusqu'au jour où il s'était brusquement retrouvé avec une grosse douleur L5 droite, débordant peut-être un peu sur S1, et il était très invalidé depuis. On voyait quelque chose sur les deux IRM en paramédian droit L4-L5, pouvant irriter les racines L5 et S1 droites. Cela

pourrait être un peu de fibrose, ou éventuellement un tissu d'organisation autour d'un petit fragment, ce que suggérait la reprise brusque. Il n'y avait pas de déficit neurologique objectif. L'assuré était très tendu mais précis dans ses plaintes. Il était très algique et souhaitait poursuivre le traitement conservateur. Le Dr D_____ y était favorable, car les chances de succès en cas de décompression sur ce syndrome un peu désafférenté n'étaient pas tout à fait sûres. Toutefois, devant l'aspect très invalidant, le caractère mécanique, l'imagerie bizarre correspondant au niveau et le mental très positif de l'assuré, une réexploration pourrait entrer en considération.

11. Dans un rapport du 19 septembre 2005, le Dr D_____ a indiqué qu'on pouvait proposer une réexploration « quitte ou double » à l'assuré, toujours très motivé et désirant vraiment reprendre son travail, car l'imagerie montrait un grand comblement du foramen.
12. L'assuré a séjourné au Service de neurochirurgie des HUG du 7 au 13 octobre 2005, où il a subi une reprise de discectomie L4-L5 droite le 10 octobre 2005. Les médecins ont établi un arrêt de travail total jusqu'au 15 novembre 2005.
13. Lors du contrôle du 11 novembre 2005, le Dr B_____ a noté que l'assuré se plaignait encore des mêmes douleurs dans la jambe droite. Il proposait une consultation auprès d'un spécialiste de la douleur.
14. Dans un rapport du 15 novembre 2005, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué au médecin traitant de l'assuré qu'une IRM du genou n'avait montré aucune lésion du ménisque externe. La corne postérieure du ménisque interne montrait des anomalies radiologiques qu'il n'était pas nécessaire de traiter, d'autant plus que l'assuré ne présentait pas de symptomatologie. Il avait en revanche une chondromalacie rotulienne externe de stade III qui pourrait expliquer en partie la symptomatologie de son genou.
15. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2005, le Dr C_____ a fait état de douleurs résiduelles post-opératoires après la deuxième intervention et de gonalgies d'origine encore indéterminée.
16. Le 20 janvier 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).
17. Dans un rapport du 13 février 2006, le Dr C_____ a diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail des lombosciatalgies droites invalidantes après une cure de hernie discale L4-L5. L'incapacité de travail était totale depuis le 19 novembre 2004, le maintien dans une position donnée étant impossible. Une autre activité était exigible, pour autant qu'elle soit compatible avec les lombalgies. Le pronostic était réservé.
18. Dans un rapport du 18 avril 2006, les médecins de la Consultation de la douleur des HUG ont posé les diagnostics de lombosciatalgies droites dans un contexte de « dos rebelle » et de status post-discectomies L4-L5 droites en février 2004 et octobre 2005. Depuis la seconde intervention, l'assuré décrivait des douleurs au niveau de

la jambe droite, qui s'étaient aggravées. Il se disait soucieux, handicapé et déprimé. L'examen a révélé 6 points positifs de fibromyalgie sur 18. Les médecins ont émis plusieurs propositions thérapeutiques.

19. Le 9 juin 2006, l'assuré a revu les médecins de la Consultation de la douleur. Il présentait une légère amélioration grâce au traitement de médecine douce. Le suivi nutritionnel avait eu un bon effet. En revanche, l'essai d'un traitement par opiacés s'était soldé par un échec en raison des effets secondaires (nausées et vomissements), insupportables pour l'assuré.
20. Le 20 juillet 2006, l'employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que ce dernier avait travaillé à son service du 29 août 1999 au 28 février 2006 à 100 %, soit 182 heures par mois.
21. L'OAI a mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée aux docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne, W_____, spécialiste FMH en neurologie et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans leur rapport du 15 mai 2007, ces médecins, après avoir résumé le dossier et établi l'anamnèse de l'assuré, ont relaté ses plaintes. Il présentait des douleurs lombaires survenant en toute position, insomniantes. Il notait également l'apparition de douleurs sur la face latérale du genou droit et de la cheville, et une sensibilité au froid très marquée sur le bord externe du pied. Depuis quelques semaines, il décrivait des paresthésies sur le bord du pied gauche, ainsi que des troubles sensitifs et une sensation de diminution de la force du membre supérieur droit. L'assuré avait eu des difficultés conjugales en lien avec ses douleurs et avait divorcé de sa première épouse en 2005. Il décrivait à cette époque une baisse de moral, une diminution de l'incitation, une perte de plaisir, des idées noires sans nettes idées suicidaires, une importante perte de poids et des troubles du sommeil.

Dans le volet psychique, le Dr H_____ a complété l'anamnèse, notant que l'assuré s'était remarié en 2006. Il avait deux enfants et se disait satisfait de sa nouvelle vie. Au status, il a noté l'absence de troubles formels de la pensée, d'éléments délirants et de troubles des perceptions. Sur le plan affectif, l'assuré relatait des moments de baisse de l'humeur, associés à une irritabilité et à des ruminations, lors desquelles il regrettait sa vie professionnelle. On notait une anhédonie associée à des troubles de la concentration (difficultés à se concentrer sur un livre ou à suivre une émission de télévision). Il n'y avait pas d'idées noires ou d'idées suicidaires, pas de dévalorisation ni d'idées de culpabilité. Le sommeil était perturbé avec environ deux heures de réveil par nuit. L'appétit était fortement diminué. L'assuré décrivait également une baisse de sa sociabilité, associée à une fatigue importante (baisse et inhibition du dynamisme). A l'échelle de dépression MADRS, le score était de 21 sur 60. Ce score assez élevé résultait de deux facteurs, soit les troubles du sommeil, principalement liés aux douleurs selon l'expert, et la fatigue importante, peut-être en partie due aux traitements médicamenteux. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). La

symptomatologie dépressive semblait bien supportée et ne paralysait pas le fonctionnement global de l'assuré, grâce à une personnalité caractérisée par des ressources suffisantes. En effet, dans le contact et la présentation, l'assuré se présentait comme un homme tout à fait cohérent et différencié. L'anamnèse ne révélait pas de signes évocateurs d'une pathologie psychiatrique future dans l'enfance. Tout au plus pouvait-on relever l'absence du domicile de la mère en raison de ses problèmes de santé. Malgré cela, l'assuré semblait avoir pu établir une relation maternelle substitutive satisfaisante avec l'une de ses sœurs. De même, la relation avec le père avait toujours été jugée excellente. L'adaptation scolaire était excellente et l'assuré aurait certainement pu poursuivre un parcours universitaire dans son pays. Après une arrivée en Suisse difficile au début, il avait pu assez rapidement s'adapter et avait trouvé des activités professionnelles dans lesquelles il déclarait s'être épanoui. Il avait ensuite vécu un mariage assez houleux, avec une dégradation de la relation qui avait coïncidé avec la problématique liée à son hernie discale. Ceci pouvait représenter un facteur de surcharge, et s'était certainement ajouté au vécu de la douleur dans l'effondrement dépressif dans les suites immédiates de cette séparation. L'assuré avait ensuite pu rapidement surmonter cet échec en établissant une nouvelle relation, qu'il jugeait stable et harmonieuse. Le Dr H_____ considérait que la problématique affective devait être considérée de façon indépendante des plaintes concernant le rachis. L'attitude positive de l'assuré, relevée tout le long de son parcours médical, avec notamment un désir important de reprendre une activité professionnelle, allait contre l'hypothèse d'une interférence de facteurs psychiques avec la guérison ou la reprise d'une activité professionnelle. Pour toutes ces raisons, il considérait que la capacité de travail et les possibilités professionnelles étaient principalement dépendantes de l'appréciation somatique. Sur le plan purement psychiatrique, les capacités d'adaptation et le pronostic semblaient favorables.

Le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a pris en charge le volet rhumatologique de l'expertise. Il a indiqué que l'assuré ne se souvenait pas du début de la symptomatologie douloureuse. Il n'avait pas repris d'activité professionnelle après la seconde intervention et discutait actuellement avec les neurochirurgiens d'une éventuelle troisième opération. Il localisait ses douleurs à la région fessière droite, à la face postéro-interne de la cuisse droite, à la face postérieure du K_____ droit, à la plante du pied à droite, et à la face antérieure des chevilles et de la jambe et de la fesse gauches. Les douleurs étaient permanentes, discrètement atténuées par la prise de médicaments, avec une intensité douloureuse estimée à 80 sur 100. Le périmètre de marche, la conduite automobile, les positions statiques étaient toutes limitées à de brefs instants en raison de la douleur. Depuis la seconde intervention, l'assuré notait également une perte pondérale et une sensation de froid permanent. L'expert rhumatologue a rapporté ses observations cliniques, mentionnant notamment des signes de Waddell. Après avoir analysé les rapports d'imagerie, il a retenu le diagnostic de lombo-sciatalgies droites chroniques persistantes avec cure de hernie discale L4-L5 droite à deux reprises. Dans son

appréciation, il a qualifié l'évolution de défavorable, l'intensité douloureuse allant plutôt en s'accroissant. Cliniquement, il existait des signes irritatifs et quelques points de fibromyalgie douloureux. Les douleurs, phénomène subjectif non mesurable et propre à chaque individu, étaient le facteur essentiel empêchant une reprise de l'activité professionnelle, le travail effectué par l'assuré jusqu'à ce jour étant décrit comme léger et n'ayant que peu de contraintes physiques et intellectuelles. Il n'était pas non plus possible de faire une corrélation certaine entre l'intensité douloureuse et les images radiologiques, la présence de signes comportementaux, voire de points de fibromyalgie, suggérant plutôt une composante non organique, ce qui ne mettait cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assuré. D'un point de vue rhumatologique, dans des activités physiques peu contraignantes avec variation des positions assise et debout, sans port de charges ni conduite de véhicules de manière prolongée ou exposition à des vibrations corporelles, la capacité de travail était de 80 %.

Sur le plan neurologique, l'anamnèse évoquait une *failed-back surgery* dans le contexte d'une cure de hernie discale lombaire L4-L5 droite, mais l'assuré rapportait actuellement quelques symptômes qui auraient pu localiser la problématique à un autre niveau, tels qu'une parésie diffuse du membre supérieur droit, et outre les radiculalgies au membre inférieur droit, une symptomatologie algique similaire au membre inférieur gauche. En association avec de très discrets signes pyramidaux et sensitifs, une possible atteinte médullaire ou cérébrale avait été évoquée, mais l'IRM cérébro-médullaire cervicale était négative et les précédentes IRM n'orientaient vers aucun autre diagnostic. En conclusion, du point de vue neurologique strict, une discrète parésie à M4 du releveur du pied et de l'extenseur propre de l'orteil, des signes d'irritation radiculaire et des troubles sensitifs subjectifs du membre inférieur droit compatibles avec une atteinte de la racine L5 étaient constatés, mais ils ne pouvaient expliquer les symptômes douloureux diffus, ni une atteinte au membre supérieur droit, ni une atteinte controlatérale. Les limitations majeures manifestées par l'assuré ne pouvaient pas être clairement attribuées à une cause neurologique.

La capacité de travail était nulle à partir du 7 octobre 2005. Elle s'était ensuite progressivement améliorée pour atteindre 80 % au jour de l'expertise, et pourrait encore s'améliorer avec le temps. Une prise en charge de type réhabilitation pourrait atténuer les douleurs et permettre à l'assuré de trouver l'activité professionnelle la plus adaptée. Ce dernier ne refusait pas les traitements, bien que la compliance soit douteuse en ce qui concernait la prise de l'antidouleur à but antalgique. Dans l'éventualité d'une atténuation de la douleur, la capacité pourrait atteindre 100 % dans une activité adaptée. Une aide au placement dans une activité physiquement adaptée pourrait s'avérer utile.

22. Dans un avis du 11 juin 2007, le docteur J_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), s'est rallié à la capacité de travail de 80

% admise par les experts, soulignant qu'il n'était pas possible de « faire un calendrier de l'exigibilité » *a posteriori*.

23. Par projet de décision du 25 juin 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 19 novembre 2004 au 31 mai 2007, reprenant les conclusions et les limitations fonctionnelles établies par les experts, auxquelles s'ajoutait l'exclusion de mouvements en porte-à-faux du rachis.
24. L'assuré a exposé ses objections à l'OAI lors d'un entretien du 12 juillet 2007. Il a dit ne pas se sentir prêt à travailler à 80 %. Ses limitations fonctionnelles étaient incompatibles avec son activité d'agent de sécurité. La prise de médicaments le fatiguait beaucoup. Il ferait parvenir deux rapports de ses médecins à l'OAI.
25. Le 28 août 2007, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI qu'il ne comprenait pas les conclusions des experts, qui admettaient une capacité de travail de 80 % malgré une évolution défavorable. En outre, les limitations n'étaient pas compatibles avec le métier d'agent de sécurité. Il fallait envisager des mesures professionnelles. Un travail à 50 % pourrait être envisagé à titre d'essai. Un stage en vue d'apprécier les réelles possibilités de l'assuré, désireux de reprendre le travail, serait également profitable.
26. Dans un courrier du 31 août 2007 au Dr C_____, le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué avoir examiné l'assuré. Il a rapporté ses constatations cliniques. Il a diagnostiqué des lombosciatalgies droites persistantes malgré deux interventions à l'étage L4-L5 pour hernie discale, et un syndrome douloureux somatoforme secondaire. Une IRM du 24 novembre 2006 montrait un probable conflit disco-radiculaire L5 droit, sans manifestation secondaire de type discopathie inflammatoire. L'examen clinique mettait néanmoins en évidence un syndrome de type fibromyalgique, comme le révélait la manœuvre de Lasègue négative en position assise, et les points de fibromyalgie et les signes de Waddell positifs. Des infiltrations pourraient être tentées. Le Dr K_____ a qualifié de « bizarre » la réaction de l'OAI, consistant à mettre un terme à la rente en fonction des conclusions des experts, alors que l'un d'entre eux signalait une aggravation des plaintes et que le Dr D_____ était prêt à réopérer une troisième fois l'assuré. Par ailleurs, l'extension du syndrome douloureux avec des manifestations somatoformes était loin d'être rare dans ce genre de symptomatologie. Il s'étonnait de l'absence de mesures professionnelles, alors que l'assuré semblait encore motivé à travailler. Les restrictions retenues par les experts étaient incompatibles avec un emploi d'agent de sécurité, réservé à des gens en bonne santé et prêts à réagir à toute situation imprévue. L'assuré ne pourrait être au maximum de son efficacité dans ce métier en raison de ses lombosciatalgies. En revanche, il pourrait être réinséré dans une activité plus adaptée. Le rhumatologue suggérerait un stage d'observation afin d'évaluer les capacités professionnelles de l'assuré.
27. Dans un avis du 8 octobre 2007, la doctoresse L_____, médecin au SMR, a admis certaines incohérences dans l'avis du SMR et la décision de l'OAI. En effet, on ne

pouvait déterminer que la capacité de travail était de 80 % dès la date de l'expertise alors qu'elle était totalement nulle auparavant. En outre, le Dr D_____ aurait dû être réinterrogé. Le cas échéant, une nouvelle expertise rhumatologique pourrait être demandée afin de déterminer si l'amélioration de l'état de santé constatée en mai 2007 était durable.

28. Le 28 novembre 2007, le Dr D_____ a adressé à l'OAI son rapport de consultation du 22 mai précédent. Il y notait que l'assuré restait très précis dans ses plaintes, mais avait l'air de « tourner un peu en rond » dans son syndrome algique irritatif, avec désormais un peu de surcharge, notamment des irradiations du côté gauche et vers la région cervicale. Ces éléments incitaient beaucoup moins le Dr D_____ qu'à l'époque à proposer une intervention chirurgicale. Il pensait que l'assuré commençait doucement un abus médicamenteux, et il avait l'impression que la situation algique ne se modifierait pas en cas de cessation du traitement. Il disait ne pas tellement comprendre pourquoi l'assuré ne reprenait pas le travail, car ses douleurs semblaient plutôt séquellaires sans symptomatologie de compression radiculaire aigue à l'examen clinique. L'assuré se disait d'ailleurs spontanément mieux qu'à une époque. Partant, le traitement devait selon le Dr D_____ être conservateur.
29. Dans un avis du 25 janvier 2008, la Dresse L_____ a retenu que les conclusions du Dr D_____ rejoignaient celles des experts, lesquelles restaient par conséquent valables.
30. Par décision du 5 novembre 2008, l'OAI a confirmé le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2005 au 31 mai 2007.
31. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, a entendu les parties le 17 février 2009.

L'OAI a souligné que la prise en compte d'une capacité de travail de 80 % à partir de la date de l'expertise, alors que l'état était stabilisé depuis quelque temps, était favorable à l'assuré. Une aide au placement au sens strict paraissait judicieuse, puisque les limitations fonctionnelles étaient connues et qu'un reclassement professionnel ne se justifiait pas. Un rendez-vous serait organisé pour déterminer les mesures qui pourraient être prises en faveur de l'assuré.

Ce dernier a déclaré souhaiter retrouver une activité professionnelle compatible avec son état de santé, avec une reprise progressive. Il prenait moins de médicaments qu'à l'époque de la consultation du Dr D_____. Il était d'accord de se rendre au rendez-vous proposé par l'OAI.

32. L'OAI a eu un entretien avec l'assuré le 16 mars 2009, à l'issue duquel deux pistes ont été envisagées : la participation à l'atelier « Définir une orientation professionnelle », tous les matins durant cinq semaines pour effectuer un bilan de compétences, faire le choix d'une activité, rédiger un *curriculum vitae* et une lettre de motivation, et se préparer à un entretien d'embauche. L'assuré devrait en

discuter avec son médecin. La deuxième option était la participation à un module personnalisé en binôme, avec quatre rendez-vous hebdomadaires pendant un mois.

33. Le Tribunal a réentendu les parties en date du 12 mai 2009.

L'OAI a exposé que l'aide au placement pourrait être octroyée à l'issue d'un des modules envisagés.

L'assuré a indiqué avoir discuté avec son médecin, qui le soutenait dans son souhait d'entreprendre une de ces démarches. Il était d'accord de participer à l'atelier « Définir une orientation professionnelle ». Il a pris note que cet engagement mettait fin à la procédure de recours.

34. A la même date, le Tribunal a rendu un arrêt (ATAS/528/2009) dans lequel il a donné acte à l'OAI de son accord à la mise en œuvre d'une mesure d'aide au placement, et a donné acte à l'assuré de son engagement à suivre cette mesure, son droit de déposer une nouvelle demande en cas d'aggravation étant réservé.

35. L'assuré a suivi le module « Définir une orientation professionnelle » du 9 août au 7 septembre 2010.

Dans son rapport du 8 septembre 2010, le spécialiste en formation de l'OAI a relaté les changements de position nécessaires pour soulager les douleurs de l'assuré, dont la fatigue avait pu être constatée durant le module. Il avait une très grande volonté à se réinsérer dans le monde du travail, pour donner un exemple à ses enfants. Son discours sur les douleurs était récurrent mais il avait réussi une bonne simulation d'entretien d'embauche sans aborder ces questions. Il était sensible aux changements de météo mais n'était pas homme à se plaindre. Il souffrait réellement mais voulait utiliser le travail pour ne pas se focaliser sur ses douleurs. Il avait montré une grande proactivité, en prenant contact avec son ancien employeur et d'autres pour trouver une place de stage. Il parlait bien le français mais ne le maîtrisait pas à l'écrit. S'agissant des possibilités professionnelles, il avait fallu exclure tous les emplois en poste fixe assis devant une table, un établi ou une machine pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, et tous les métiers supposant de longues marches ou des positions statiques debout. Il tenterait de trouver un poste d'agent de sécurité en poste fixe (surveillance d'écran), bien que les places vacantes soient extrêmement limitées. Son discours oscillait en permanence entre « Je voudrais bien » et « Je ne peux point », et il semblait dès lors impératif qu'il trouve un stage d'observation. Si la bonne volonté était présente, l'assuré rencontrerait des difficultés à travailler de manière régulière et à trouver un poste fixe, inhabituel dans ce secteur. A l'issue du module, l'assuré serait inscrit au Club Emploi afin d'être soutenu dans sa recherche de stage et d'emploi.

36. Le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2010.

37. Le rapport d'observation de l'Atelier « Club Emploi » du 22 octobre 2010 a retenu que l'assuré présentait les points forts suivants : amour de son métier, expérience professionnelle et âge. Ses points faibles étaient ses problèmes de santé, restant très

présents, et son trou dans son cursus. Au vu de ses douleurs et de ses nombreuses absences, il ne semblait pas en mesure de rechercher un emploi.

38. Par courrier du 16 novembre 2015 à l'OAI, le Dr C_____ a exposé que l'assuré était resté en incapacité de travail après la fin du droit à la rente jusqu'en décembre 2012, date dès laquelle il avait travaillé à 50 % comme responsable d'un bâtiment scolaire, malgré de nombreuses interruptions en raison d'exacerbations de ses douleurs. Il avait perdu son emploi en septembre 2015. Dès lors qu'il ne pouvait travailler qu'à 50 % depuis décembre 2012, le Dr C_____ invitait l'OAI à revoir le droit aux prestations.
39. Le 23 novembre 2015, l'OAI a communiqué au Dr C_____ que le droit aux prestations de l'assuré avait déjà fait l'objet d'une décision et qu'une nouvelle demande ne peut être examinée que si la modification de l'invalidité était établie de manière plausible. En l'absence de procuration en faveur du Dr C_____, il appartenait à l'assuré de faire parvenir à l'OAI tous les documents médicaux rendant plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision.
40. En août 2016, l'assuré a consulté la doctoresse M_____, spécialiste FMH en angiologie, en raison d'une douleur du genou droit qu'il mettait en lien avec une varice. Ce médecin a conclu à une varice de petit calibre du territoire de la grande saphène jambière prédominant en regard du genou droit, sans complication de nature thrombo-embolique. L'assuré avait été encouragé à améliorer son hygiène de vie afin de retarder la progression de ce status variqueux. Elle pensait que la douleur n'était pas due à la varice.
41. Une IRM lombaire du 9 septembre 2016 a mis en évidence des remaniements disco-dégénératifs dans un contexte post-opératoire au niveau L4-L5, avec minime débord discal résiduel latéralisé à droite associé à un remaniement du récessus de la racine L5 droite. L'imagerie était compatible avec une irritation radiculaire à ce niveau, même s'il n'existait pas d'amputation radiculaire sur la séquence myélographique. Il n'y avait pas d'autre conflit potentiel, et les articulaires postérieurs étaient le siège de remaniements modérés étagés avec ébauches de syndrome facettaire. Il n'y avait pas de franc élément herniaire ce jour, ni de différence significative par rapport à l'IRM de 2012.
42. Un examen électroneuromyographique (EMG) réalisé en date du 24 avril 2017 a montré des signes de polyneuropathie axonomyélinique à prédominance sensitive. Dans le contexte clinique, ces anomalies pourraient traduire une neuropathie d'enclavement du nerf pudendal droit au canal d'Alcock, sur fond de polyneuropathies de cause indéterminée et de séquelles de radiculopathies lombosacrées (notamment L5 droite). Une infiltration-test au canal d'Alcock droit était suggérée.
43. Dans un rapport du 25 octobre 2017, le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, a rappelé l'anamnèse et les plaintes de l'assuré. Ce dernier décrivait une douleur lombaire persistante depuis cinq ans avec une irradiation dans le membre

inférieur droit et une irradiation testiculaire droite. Il se plaignait également d'une douleur coccygienne aggravée lors de la position assise prolongée. Il signalait une diminution de la sensibilité scrotale droite. Il se plaignait d'un lâchage intermittent du genou droit, de fourmillements sous les pieds et d'une perte de la force de la main droite à la suite d'une opération pour un tunnel carpien à droite. A l'issue de son status, le neurologue a noté que l'exploration ne révélait que très peu de déficits neurologiques et essentiellement des déficits sensitifs dans un territoire intéressant plutôt la racine S1, ce qui ne corroborait pas l'historique de l'assuré. On s'attendrait plutôt à voir une atteinte de la racine L5 vu ses antécédents. Il était donc difficile de faire une corrélation entre les lésions anciennes au niveau L4-L5 et les plaintes actuelles. Une légère et discrète polyneuropathie était confirmée par l'EMG. Le Dr N_____ ne parvenait pas à expliquer les douleurs scrotales de l'assuré. On ne retrouvait pas d'anomalies neurologiques à l'exploration sensitive du scrotum. Il restait donc prudent dans l'interprétation des plaintes de l'assuré et préconisait une médication comme le Lyrica® pour essayer de soulager ses douleurs.

44. L'assuré a consulté le professeur O_____, médecin au Service de chirurgie viscérale des HUG, le 14 novembre 2017. Ce dernier a retenu un cortège de troubles douloureux avec une coccygodynie associée, dans le cadre d'une malposition assise pour laquelle il préconisait de la physiothérapie et de la *trigger*-thérapie. L'assuré ne présentait en aucun cas un syndrome d'Alcock, mais plutôt une coccygodynie avec myofasciodynie des muscles releveurs de l'anus. Le traitement de Lyrica® semblait tout à fait approprié pour les douleurs neurologiques résiduelles du membre inférieur gauche.
45. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 27 avril 2018.
46. Une IRM cervicale du 3 juillet 2018 a montré une discopathie débutante en C5-C6 avec débord sous-ligamentaire de faible importance, une ostéophytose marginale antérieure et une uncarthrose concomitante latéralisée à droite engendrant un rétrécissement du foramen du côté droit, et donc un potentiel conflit radiologique avec la racine C6 droite. Du côté gauche, il y avait un syndrome facettaire sans œdème significatif concomitant des articulaires postérieurs.
47. Dans un rapport du 21 juillet 2018 par l'OAI, le Dr K_____ a indiqué qu'il avait recherché l'origine des plaintes de l'assuré, qui avaient évolué avec le temps. Un bilan sensitif réalisé par une physiothérapeute avait exclu des allodynies du membre inférieur droit. Des douleurs aux genoux ainsi que des problèmes de varice étaient apparus en 2012. Plus récemment, l'assuré avait subi des cervicalgies suivies de brachialgies à droite, pour lesquelles une infiltration pourrait être proposée. L'évolution était défavorable dans l'ensemble. Il était évident qu'une capacité de travail complète n'était pas réaliste, mais un taux d'activité de 50 % pourrait se discuter. Le Dr K_____ suggérait une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

48. Dans une attestation du 24 août 2018, le Dr C_____ a déclaré appuyer la nouvelle demande de prestations de l'assuré, dont l'état de santé évoluait défavorablement et qui présentait une incapacité de travail totale.
49. Dans un avis du 28 janvier 2019, le docteur P_____, médecin au SMR, a retenu que le rapport du Dr K_____ énumérait des plaintes douloureuses subjectives sans réelle nouvelle atteinte objective durablement incapacitante. En conséquence, le SMR considérait qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.
50. Le 29 janvier 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'aggravation de son état de santé n'ayant pas été rendue plausible.
51. Le 14 février 2019, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, qui n'avait pas procédé à l'expertise multidisciplinaire préconisée par le Dr K_____.
52. Le 27 février 2019, le Dr P_____ a rendu un nouvel avis, admettant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il avait toutefois de la peine à comprendre ce qui entravait l'exercice d'une activité adaptée à 80 %. Une expertise pluridisciplinaire devait avoir lieu.
53. Le 28 février 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire serait mise en œuvre. Le choix du centre d'expertise se faisait de manière aléatoire. Il a joint à son courrier les questions aux experts, que l'assuré pouvait compléter.
54. Le 23 mai 2019, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise serait réalisée par la Clinique romande de réadaptation (CRR), soit par les docteurs Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et par Madame T_____, physiothérapeute, qui réaliserait une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF).
55. Le docteur U_____, spécialiste FMH en neurologie, a réalisé dans le cadre de l'expertise un examen en date du 2 juillet 2019. Il a relaté les plaintes de l'assuré, après avoir relaté son historique médical. L'assuré avait bien collaboré et s'était montré plutôt plaintif. L'anxiété était perceptible, avec un assuré tendu dont l'élocution trahissait une bouche sèche. Le status neurologique, dont l'expert a détaillé les résultats, était parasité par un comportement douloureux et des signes de surcharge. Après avoir examiné les documents d'imagerie, le Dr U_____ a relevé que malgré l'évolution défavorable, il n'y avait pas de substrat au syndrome douloureux. En effet, il n'y avait objectivement pas de syndrome radiculaire au membre inférieur droit, ni irritatif, ni déficitaire. Les très nombreuses IRM lombaires effectuées n'avaient pas permis de mettre en évidence une compression radiculaire résiduelle, et sur le plan électro-physiologique, il n'y avait pas de signe de souffrance radiculaire dans les myotomes L4, L5 et S1 à droite. Concernant une éventuelle polyneuropathie, le diagnostic reposait essentiellement sur des anomalies électrophysiologiques de peu d'importance. Le tableau clinique était peu évocateur,

l'assuré n'ayant pas de plainte dans ce sens. Objectivement, on ne mettait pas en évidence d'anomalie compatible avec une polyneuropathie. En effet, les réflexes achilléens étaient normovifs et symétriques, il n'y avait pas de déficit moteur ni sensitif en distalité ni d'ataxie statique à l'épreuve de Romberg ou à la marche en funambule. De plus, l'assuré ne buvait pas d'alcool et il n'était pas connu pour un diabète ou une autre pathologie potentiellement responsable d'une polyneuropathie. Ainsi, ce diagnostic était douteux, et en tout cas sans nette répercussion clinique. Concernant un éventuel syndrome d'Alcock, l'assuré présentait en effet des douleurs pelviennes irradiant dans les testicules. Il s'agissait toutefois d'une atteinte bilatérale, atypique, et il n'y avait pas de signe clinique d'une neuropathie pudendale: la sensibilité du pénis et les réflexes crémastériens étaient conservés. A l'interrogatoire, les plaintes dépassaient très largement celle d'une lombosciatalgie droite. L'assuré mentionnait des douleurs multifocales et des paresthésies peu systématisées. Lors de l'approche clinique, on pouvait mettre en évidence des anomalies à caractère atypique traduisant une surcharge, chez un assuré particulièrement plaintif. En revanche, il n'y avait pas de signe clinique, électrophysiologique ou neuroradiologique objectif expliquant les douleurs. Du point de vue neurologique, l'assuré était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à la pathologie du rachis lombaire. Psychologiquement, il avait paru fragile à l'expert, et surtout très anxieux.

56. Dans l'expertise rhumatologique du 3 juillet 2019, le Dr S_____ a décrit l'anamnèse, les douleurs de l'assuré et ses observations cliniques. Cet expert relevait notamment qu'à l'heure actuelle, si l'on faisait abstraction du comportement parasite et outrancier de l'assuré, on retenait des lombalgies chroniques (M 54.5) sans véritable syndrome radiculaire à l'examen clinique. L'IRM lombaire ne montrait qu'une discopathie du niveau opéré (L4-L5), qu'on pouvait qualifier de modérée. C'était « également sans surprise » que l'assuré avait développé d'autres douleurs. Des cervicalgies étaient apparues dès 2017 et l'assuré faisait maintenant référence à un coup du lapin subi au début des années 2000. Objectivement, les lésions étaient ici encore plus modestes : il n'y avait pas de limitation fonctionnelle en dehors des limitations comportementales, ni d'altération significative à l'IRM. La discopathie C5-C6 était triviale et n'engendrait aucun conflit radiculaire. Il fallait admettre que les constatations objectives actuelles étaient très pauvres. L'examen des IRM frappait par la banalité des anomalies, qui se résumaient à des discopathies très modérées en L4-L5 et C5-C6. Ces constatations et le comportement actuel de l'assuré tranchaient avec les données du dossier. La pathologie lombo-radiculaire semblait s'être installée en 2003 chez un sujet crédible, qui ne présentait pas de comportement théâtral et semblait s'inscrire dans une démarche positive de retour au travail. L'histoire avait pourtant été tout autre. L'assuré, malgré ses dires, avait opposé un syndrome douloureux toujours plus étendu, toujours plus prégnant, susceptible d'obérer toute activité, y compris les plus banales. Il fournissait maintenant des réponses attendues, sa vie étant marquée par l'oisiveté, la restriction de mouvements, l'inactivité et le repli. A force

de questions, on comprenait pourtant qu'il était capable de s'occuper un peu de ses enfants, de conduire un véhicule pendant une heure trente, de retourner au Kosovo selon les circonstances et d'aller à la piscine. Malgré ses douleurs et ses restrictions, il avait pu avoir deux enfants depuis la deuxième opération. On se trouvait ainsi dans une situation où les incohérences se faisaient jour à toutes les étapes : il existait un hiatus énorme entre le handicap allégué et les constatations objectives. Les manifestations démonstratives relevées au cours de l'examen physique étaient clairement de type comportemental. Dans ce contexte, la description du handicap n'était pas crédible. De la même façon, l'assuré discréditait toute évaluation de ses ressources, ne pouvant à aucun moment se départir de l'image d'invalidé acquise au fil des ans. On ne voyait pas comment s'écarter de l'avis émis notamment par les neurochirurgiens, qui estimaient la reprise d'une activité professionnelle possible à partir de mai 2004. Le handicap allégué par l'assuré n'était pas compris par ses médecins. Au vu des antécédents de hernie discale et des opérations pratiquées à ce niveau, l'assuré n'était plus apte à exercer des activités contraignantes pour le rachis en termes de port de charges au-delà de 10 kg de façon répétée, de positions (pas de porte-à-faux maintenu du rachis) ou de maintien de position (nécessité d'un changement une fois par heure au moins). Une activité respectant ces limitations était exigible à 100 %.

57. Le rapport d'expertise psychiatrique, également daté du 3 juillet 2019, contenait lui aussi une anamnèse et un descriptif des plaintes de l'assuré. Dans ce cadre, la Dresse R_____ a noté que le médecin de famille de l'assuré l'avait incité à reprendre une activité en 2012, mais qu'il n'avait pas tenu le coup. Ses médecins lui avaient expliqué qu'il ne pouvait pas travailler. Il avait consulté un psychiatre dès mars 2019. Il disait ne pas se sentir bien, être fatigué par les conflits avec l'Hospice général et souffrir de sa situation financière précaire, qui l'avait obligé à s'endetter auprès de ses amis et entraînait parfois des conflits avec sa famille. Depuis l'introduction de la médication, il se sentait plus calme et plus fatigué. Il passait la plupart de ses journées à la maison sur le canapé. Son épouse s'occupait du ménage et de la préparation des repas. Il recevait régulièrement la visite de ses neveux et de sa sœur à son domicile, et allait les voir tous les trois mois. Il ne s'était pas rendu au Kosovo depuis deux ans et souhaitait y retourner à l'été. Il disait que sans ses enfants, il se tuerait, car ce n'était pas une vie de ne plus avoir un centime en poche le 20 du mois. Ses plaintes spontanées relevaient principalement des douleurs lombaires. Au questionnement systématique, il donnait l'impression de réponses induites à plusieurs reprises. Il déclarait des oublis et des difficultés à suivre une émission à la télévision depuis environ un an. Il disait aussi rester plus enfermé à son domicile depuis le début du traitement médicamenteux, et que son entourage devait lui rappeler les divers rendez-vous médicaux. Il décrivait un moral bas, non amélioré par le traitement instauré en mars 2019. Il n'avait pas envie de parler aux gens, seul son fils lui faisait du bien. Il évoquait de vagues idées suicidaires en lien avec ses difficultés financières, cédant rapidement lorsqu'il pensait à ses enfants. Le sommeil était principalement perturbé par la douleur. Il mentionnait une irritabilité

et une intolérance à la frustration. Sur le plan anxieux, lorsqu'on l'interrogeait sur d'éventuelles attaques de panique, l'assuré répondait par l'affirmative en évoquant un épisode survenu au café qu'il fréquentait, où il s'était énervé, expliquant qu'il aurait pu en arriver à la bagarre. Lorsqu'on l'interrogeait sur une anxiété diffuse et des tensions intérieures, il répondait à nouveau par l'affirmative. Il disait qu'il lui arrivait de ressentir de l'anxiété dès son réveil. Il affirmait également diminuer les contacts sociaux et rester chez lui pour éviter de s'énerver. Lorsqu'on l'interrogeait sur d'éventuels rituels ou obsessions, il répondait qu'avant, il se lavait souvent les mains, mais que depuis un an, il lui arrivait de rester plusieurs jours sans se doucher. Il mentionnait des troubles digestifs et une diminution de l'appétit lorsqu'il se sentait stressé. Lorsqu'on l'interrogeait sur d'éventuels conflits avec les réalités, il disait qu'il lui arrivait de se lever la nuit et d'entendre son nom, sans pouvoir reconnaître la voix, plusieurs fois par an. Il affirmait avoir beaucoup changé. Avant, il était une personne ponctuelle à qui on pouvait faire confiance et il avait beaucoup d'amis, qu'il avait tous perdus sans comprendre pourquoi. Il ne ressentait pas le besoin de discuter, mais il parlait régulièrement avec un voisin, le patron d'un kebab proche de son domicile et un ami originaire du même village que lui, qui lui avait prêté de l'argent.

L'experte psychiatre a indiqué que l'assuré n'avait à aucun moment manifesté de signe d'inconfort ou de douleur durant l'évaluation, en-dehors de son arrivée et de son départ de la salle d'examen. Durant l'entretien d'environ une heure trente, il croisait et décroisait les jambes sans gêne visible et il s'était montré détendu. Il collaborait de façon adéquate. Il avait donné l'impression à l'examinatrice de majorer ses plaintes à plusieurs reprises. Le contact était adapté. Il n'y avait pas d'agitation psychomotrice ni de ralentissement psychomoteur. L'assuré était plutôt souriant et l'humeur s'adaptait de façon adaptée aux sujets évoqués. Il était vigile, sans élément orientant vers un trouble manifeste de l'attention, de l'orientation ou de la concentration. Il n'y avait pas de fatigabilité observée. La mémoire des faits anciens était correcte. Il n'y avait pas d'élément évoquant un trouble de la mémoire des faits récents. L'attention avait été maintenue durant toute la durée de l'entretien. Le langage était clair et le discours informatif et fluide. Les capacités de raisonnement et d'intelligence étaient dans la norme. L'assuré s'était montré revendicateur à plusieurs reprises. Il n'y avait pas d'élément du registre psychotique, en particulier aucune bizarrerie du comportement, de l'allure ou du discours, ni d'idées délirantes exprimées ou d'indices en faveur de phénomènes hallucinatoires. Concernant l'humeur, l'experte n'observait ni tristesse visible ni pleur durant l'entretien. L'assuré n'était pas ralenti. Il n'y avait pas de culpabilité irrationnelle exprimée, ni d'excitation ou d'euphorie inadéquate. L'intolérance à la frustration annoncée n'était pas retrouvée. Sur le plan anxieux, la Dresse R_____ n'observait à aucun moment d'agitation, de fébrilité ou de signe de tension intérieure. Il n'y avait pas de sudation excessive, ni de tremblements. L'assuré s'était plaint d'une sécheresse buccale en milieu d'entretien, ce qu'il imputait à l'introduction du traitement antidépresseur.

Sur le plan de la personnalité, il manifestait un comportement relationnel et émotionnel adapté, sans labilité émotionnelle ou de l'humeur. Il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif admis en 2007. En effet, l'assuré ne présentait pas d'humeur dépressive à un degré nettement anormal. Il n'y avait pas de diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir chez l'assuré, qui continuait à prendre du plaisir avec ses enfants et à sortir régulièrement prendre un café dans son quartier. Aucun argument pour un trouble anxieux spécifique n'avait été retrouvé. Les plaintes anxieuses étaient vagues et atypiques. Elles ne correspondaient pas à ce qu'on attendait lors de véritables attaques de panique, même paucisymptomatiques. L'assuré se montrait par ailleurs tout à fait calme en séance. Il n'y avait pas la tension, voire la fébrilité qu'on retrouvait chez les sujets anxieux. L'experte psychiatre écartait également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué en 2007, la plainte essentielle ne concernant pas une douleur intense et persistante et ne s'accompagnant pas d'un sentiment de détresse, l'assuré étant euthymique et souriant durant la moitié de l'entretien. Aucun élément anamnestique n'orientait vers un quelconque trouble de la personnalité constitué. Ainsi, l'experte psychiatre concluait à l'absence de symptôme clinique atteignant le seuil diagnostique d'un trouble mental selon les ouvrages de référence.

Elle considérait qu'il n'y avait pas lieu de proposer des mesures professionnelles à l'assuré, qui ne se projetait pas dans le monde du travail et revendiquait un statut d'invalidé. Le pronostic strictement psychiatrique devrait être bon. Elle a ajouté qu'elle constatait essentiellement une discordance importante entre les plaintes psychiques de l'assuré, particulièrement atypiques, et les observations cliniques. L'assuré conservait des ressources conséquentes. Il était autonome dans sa vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. Il pouvait se déplacer et conduire des véhicules. Il gardait un réseau social conséquent et suffisamment proche pour le soutenir et l'aider financièrement. Il maintenait une vie de couple et familiale stable en étant proche de ses enfants. Ses plaintes semblaient liées principalement à un sentiment d'injustice par rapport à la première décision de l'OAI, aux conflits avec le service social et aux difficultés financières, plus qu'à un trouble psychique. Il n'y avait pas de limitation ni d'incapacité de travail au plan psychiatrique, et il n'y en avait probablement jamais eu.

58. L'évaluation des capacités fonctionnelles de Mme T_____ l'a conduite à retenir une volonté de donner le maximum insuffisante et un niveau de cohérence faible. Le score de 56 au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) correspondait à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis.
59. Les experts ont établi un rapport commun en date du 10 juillet 2019, dans lequel ils ont repris l'anamnèse et les plaintes de l'assuré et résumé leurs observations cliniques.

Ils y ont notamment précisé que l'assuré affirmait ne pas être capable de travailler, en raison de problèmes physiques et psychiques. Il peinait à exprimer ses plaintes,

car son discours était logorrhéique et décousu mais sans incohérence. Il était démoralisé par l'attitude de l'Hospice général et avait même tenu des propos menaçants, disant que s'il avait une arme, il serait capable par moments d'y aller pour « y descendre tout le monde ».

Les experts ont retracé les journées-types de l'assuré. En raison de problèmes de sommeil, il restait réveillé jusqu'à 5 heures du matin et dormait jusqu'à 13 heures. Il croisait occasionnellement ses enfants au moment du lever, juste avant qu'ils ne retournent à l'école. Il sortait boire un café. Il avait en effet tissé des liens avec un patron de bistrot. L'après-midi était généralement occupé par des rendez-vous médicaux, également ceux de son épouse. Il ne regardait pas la télévision et ne lisait pas. La plupart du temps, il restait oisif à fumer dans son salon, bien qu'il ait déclaré sortir de temps en temps marcher avec sa femme au bas de son immeuble. Dès que sa maladie avait été connue de ses amis, certains s'étaient progressivement retirés. Il conservait des liens avec deux voisins kosovars et la famille de sa sœur, qui habitait Genève. Son hobby était la musique. Il avait créé une association de musique folklorique en 2013. Il jouait du tambourin avec son groupe de sept à huit musiciens et avait fait nombre de concerts, précisant d'emblée qu'il pouvait les assumer malgré les douleurs, mais qu'il le payait le lendemain. Depuis un an, il avait renoncé à cette activité car il ne s'en sentait plus le courage et oubliait d'aller aux répétitions. Il ne conduisait que sur de courtes distances. Trois semaines auparavant, il avait cédé sa voiture à un proche pour compenser une dette, mais il pouvait encore l'utiliser en cas de besoin et s'en servirait pour partir en vacances au Kosovo dans l'année. Il avait également fait allusion à des personnes qui le soutenaient financièrement pour ses voyages. Son réseau social était plus important qu'il ne le mentionnait spontanément.

Les experts ont analysé les documents radiologiques avant d'indiquer dans leur appréciation que malgré deux interventions, l'évolution était restée inexorablement défavorable. L'expert rhumatologue retenait le diagnostic de lombalgies chroniques sans véritable syndrome radiculaire à l'examen clinique. S'agissant des cervicalgies, il n'y avait objectivement pas de limitations autres que celles comportementales, et l'IRM ne montrait qu'une discopathie C5-C6 banale n'engendrant aucun conflit radiculaire. L'examen de médecine interne était non contributif. Alors même que le dossier ne contenait aucun rapport d'un médecin psychiatre, les diagnostics d'état dépressif moyen avec symptômes somatiques et de syndrome douloureux somatoforme avaient été évoqués lors de l'expertise de 2007. Ces diagnostics n'étaient plus retenus, car la plainte essentielle ne concernait pas une douleur intense et persistante, et ne s'accompagnait pas d'un sentiment de détresse. Les experts avaient tous constaté qu'alors que leurs anamnèses de 45 à 100 minutes s'étaient déroulées sans comportement douloureux ni changement de position ou demande de se lever, au moment de l'examen clinique, l'attitude de l'assuré changeait du tout au tout, et des comportements algiques apparaissaient. L'expert rhumatologue avait trouvé des signes de Waddell positifs, et son examen était

parasité par une série de manifestations purement comportementales. Au fur et à mesure, le syndrome douloureux était devenu de plus en plus étendu et prégnant et l'assuré déclarait qu'il le limitait désormais même dans les activités les plus banales. Cependant, les constatations objectives actuelles étaient très pauvres. Il n'y avait pas de signe clinique, électro-physiologique ou neuroradiologique permettant d'expliquer les douleurs. Au fil du temps, différents diagnostics avaient été évoqués, entre autre une polyneuropathie. Selon l'expert neurologue, le tableau clinique était peu évocateur d'une telle pathologie. Les anomalies électro-physiologiques étaient peu importantes. Ce diagnostic était ainsi douteux, et de toute manière sans répercussion clinique. De même, un syndrome du canal d'Alcock n'était pas retenu. Le résultat de l'évaluation des capacités fonctionnelles concluait à une volonté insuffisante de donner un maximum aux différents tests et à un niveau de cohérence faible. L'experte psychiatre n'avait pas retrouvé d'argument pour un trouble anxieux spécifique, les plaintes anxieuses étant vagues et atypiques. Il n'y avait pas non plus d'argument pour un trouble psychotique ou de la personnalité, si bien qu'aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. Un suivi psychothérapeutique pourrait être proposé afin de gérer le sentiment d'injustice exprimé. Il y avait un hiatus énorme entre les plaintes et les constatations objectives sur le plan psychiatrique. En ce qui concernait les ressources, l'assuré était autonome pour les activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. Il était capable de s'occuper un peu de ses enfants, de conduire durant une heure et demie, de se rendre au Kosovo, et d'aller à la piscine. Il avait un réseau social très soutenant, y compris financièrement. Il maintenait une vie familiale stable, et avait pu, malgré ses deux interventions lombaires et les douleurs et les limitations annoncées, avoir deux enfants en 2006 et 2016. La capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr S_____. Il n'y avait pas d'autre limitation fonctionnelle de médecine interne, neurologique ou psychiatrique.

60. Dans un avis du 6 août 2019, le docteur P_____, médecin au SMR, s'est déterminé sur l'expertise, dont il considérait les conclusions convaincantes. Il fallait s'en tenir à une capacité de travail de 80 % depuis toujours dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques indiquées dans le rapport du SMR du 11 juin 2007.
61. Par décision du 20 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles de l'assuré, compte tenu de sa capacité de travail de 80 % dans toute activité adaptée et du fait que l'ancienne activité d'agent de sécurité restait exigible. Le taux d'invalidité de 20 % n'ouvrait pas le droit à une rente.
62. L'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI le 18 septembre 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, au renvoi du dossier à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité, et subsidiairement à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à des mesures de réinsertion, à des mesures professionnelles, et plus subsidiairement à des mesures de reclassement.

Le recourant a souligné que l'expertise réalisée à la CRR avait conclu qu'il devait éviter le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, les activités contraignantes au niveau du rachis, en porte-à-faux à ce niveau, et les positions prolongées debout ou assise. Ces limitations n'étaient pas compatibles avec sa profession, et la nature de l'activité adaptée n'avait pas été précisée. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir calculé son degré d'invalidité conformément à la loi, en se contentant de reprendre l'avis du SMR sans déterminer sa perte de gain. Sans invalidité, le recourant aurait une capacité lucrative de quelque CHF 60'900.-, et on ignorait ce que serait son revenu dans une activité adaptée à 80 %. De plus, dès lors que l'assuré présentait une incapacité de travail dans sa profession depuis plus de 6 mois, il avait droit à des mesures professionnelles, telles qu'une réinsertion ou un reclassement.

Le recourant a notamment produit la convention collective de travail pour la branche privée de la sécurité, laquelle prévoit un salaire minimum de CHF 60'900.- dès la 13^{ème} année de service.

63. Dans sa réponse du 14 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le recourant ne contestait pas la capacité de travail retenue, mais l'absence de calcul du taux d'invalidité. L'intimé avait retenu, comme lors de sa première décision, une capacité résiduelle de travail de 80 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, l'ancienne activité restant adaptée. Il en résultait un taux d'invalidité de 20 % excluant le droit à la rente, et il n'était pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité dans la mesure où le taux d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail. Une mesure d'aide au placement avait été mise en œuvre à la suite de l'arrêt du Tribunal du 12 mai 2009, et le recourant disposait ainsi déjà d'outils lui permettant de retrouver un emploi adapté. De nouvelles mesures professionnelles ne se justifiaient pas.
64. Par réplique du 20 décembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que l'intimé n'amenait aucun argument convaincant en ce qui concernait la façon dont il avait apprécié le degré d'invalidité, contraire aux limitations retenues par les experts, lesquelles rendaient impossible l'exercice du métier d'agent de sécurité. En effet, une telle activité exigeait souvent de rester en place au même endroit et dans la même position des heures durant, ou d'intervenir pour maîtriser une personne, ce qui pourrait être contraignant pour le rachis. L'intimé devait ainsi définir l'activité adaptée.
65. Par duplique du 21 janvier 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé les limitations fonctionnelles décrites par les experts et reprises dans l'avis du SMR du 6 août 2019. Il a ajouté que la jurisprudence admettait que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations classiques d'épargne du rachis.

66. Après avoir convoqué les parties à une audience programmée le 30 mars 2020, la chambre de céans a annulé dite audience en raison des restrictions sanitaires imposées par le coronavirus.

67. La cause a ensuite été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA).

Ses conclusions, malgré leur formulation, seront considérées comme tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et non à la simple constatation du droit à ces mesures, si bien qu'elles sont admissibles (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé a subi une aggravation influant sur son droit aux prestations depuis la dernière décision au fond.

On soulignera que l'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.3.1). En l'espèce, le recourant a requis le renvoi à l'intimé afin que ce dernier calcule son degré d'invalidité. De manière expresse, il a cependant uniquement conclu à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, à l'exclusion d'une rente. Cela étant, le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties et peut statuer *ultra petita*, pour autant qu'il respecte le droit d'être entendu des parties (cf. art. 61 let. d LPGA).

4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

-
5. Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Toute modification dans les faits ne suffit pas pour une révision du droit à la rente. Un diagnostic nouveau ou qui au contraire n'existe plus n'est donc pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif de l'amélioration ou de la détérioration important de l'état de santé n'est pas nécessairement donné (ATF 141 V 9 consid. 5.2).

Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit

être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

9. L'art. 16 LPGa 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGa), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération

inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

10. En l'espèce, l'intimé s'en est tenu à sa précédente appréciation de la capacité de travail et de gain du recourant, fondée sur l'expertise de 2007, qui a donné lieu à la procédure s'étant soldée par l'arrêt du 12 mai 2009. Il a en effet retenu que l'état de santé du recourant n'avait pas subi d'aggravation depuis.

Or, compte tenu de l'issue consensuelle de la procédure judiciaire à l'époque, la force probante du premier rapport d'expertise n'a pas été examinée par la chambre de céans, qui n'a ainsi pas non plus tranché l'exigibilité d'une activité lucrative. Il convient ainsi en premier lieu d'examiner si l'appréciation des Drs H_____, V_____, F_____ et W_____ est probante, et partant permet de définir la capacité de gain du recourant à l'époque.

Au plan formel, cette expertise retrace l'anamnèse médicale du recourant, complétée par son historique personnel et familial. Elle a été établie après que les experts ont pris connaissance du dossier et des plaintes du recourant, et à l'issue d'examens cliniques. Les diagnostics retenus ou exclus sont discutés et les conclusions motivées. Sur le fond, aucun rapport médical ne justifie que l'on s'écarte des conclusions des experts, qui n'ont pas ignoré d'atteinte diagnostiquée par un autre médecin. En outre, les médecins traitants du recourant s'étaient également initialement prononcés en faveur de la reprise d'une activité. En effet, le Dr D_____ ne voyait pas de motif de prolonger l'arrêt de travail dans son rapport du 22 mai 2007, et le Dr C_____ avait admis qu'une activité adaptée était possible en février 2006. Ce dernier semble certes être revenu sur cette conclusion dans son rapport du 28 août 2007, qui critique les conclusions de l'expertise. Il n'indique toutefois pas pour quels motifs objectifs la capacité de travail du recourant serait désormais limitée dans une activité adaptée. S'agissant du Dr K_____, il a également admis la possibilité d'une activité adaptée dans son rapport du 31 août 2007.

Partant, la première expertise du 15 mai 2007 doit se voir reconnaître valeur probante, sous la réserve suivante. L'expert rhumatologue a admis une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activités peu contraignantes, alternance des positions assise et debout, pas de port de charges ni de conduite de véhicules ou d'exposition à des vibrations corporelles.

Or, un poste d'agent de sécurité n'apparaît pas compatible avec ces exigences, contrairement à ce que le Dr V_____ – auquel le recourant avait décrit une activité légère – a retenu. En effet, un agent de sécurité est notamment souvent appelé à maintenir la position debout longuement. Les Drs C_____ et K_____ ont d'ailleurs souligné l'impossibilité de poursuivre une carrière d'agent de sécurité. Du reste, bien que l'intimé ait exposé dans sa première décision que cette activité restait exigible, il a consenti à l'octroi de mesures d'ordre professionnel au cours de la procédure judiciaire qui a suivi, de sorte qu'on peut admettre qu'il s'est implicitement rallié à l'inexigibilité d'une telle activité.

Il convient ensuite de déterminer si la seconde expertise réalisée a valeur probante et permet de trancher la survenance d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

Cette seconde expertise contient également tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante, au plan formel. Au plan psychiatrique, elle se prononce sur les critères pertinents développés dans la jurisprudence récente. Cela étant, certaines formulations contenues dans le volet rhumatologique, et reprises dans le rapport commun des experts, sont à la limite de ce qui est acceptable dans une expertise. Une indication telle que *« c'était sans surprise que l'assuré avait développé d'autres douleurs »* pourrait traduire un parti pris de l'expert, de même que la phrase *« L'assuré, malgré ses dires, avait opposé un syndrome douloureux toujours plus étendu, toujours plus prégnant, susceptible d'obérer toute activité, y compris les plus banales »*. L'évocation de l'oisiveté du recourant est également empreinte d'un jugement de valeur. C'est ici le lieu de rappeler qu'on attend d'un expert médecin qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références). Malgré ce qui précède et pour problématiques qu'elles soient, ces formulations ne suffisent pas à discréditer l'ensemble de l'expertise, dans le cas d'espèce. En premier lieu, au plan rhumatologique, il faut relever que les diagnostics du Dr S_____ se recoupent avec ceux du rhumatologue traitant. En outre, le Dr K_____ ne semble pas non plus avoir trouvé d'explication organique aux plaintes du recourant, puisqu'il indique en avoir recherché l'origine et a suggéré une expertise pluridisciplinaire. De plus, les conclusions de l'expertise résultent de l'appréciation consensuelle par plusieurs experts, qui ont tous pris connaissance du dossier et de l'historique du recourant et qui ont procédé à de minutieux examens cliniques avant d'exposer pour quels motifs ils admettaient ou écartaient certains diagnostics. Au plan neurologique, le Dr U_____ a motivé les raisons pour lesquelles une neuropathie n'était pas retenue. On rappellera à ce sujet

que si le Dr N_____ avait quant à lui admis une telle atteinte, il l'a qualifiée de légère et discrète et n'a pas expressément émis de limitations de ce chef. S'agissant des autres plaintes, notamment des douleurs scrotales et de la coccygodynie, ni le Drs U_____ ni le Dr N_____ n'ont trouvé de substrat organique susceptible de les expliquer. Le Pr O_____ ne s'est quant à lui pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail en raison de cette atteinte.

Ainsi, il y a lieu d'admettre que la seconde expertise permet d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé du recourant dans une mesure influant sur son droit aux prestations depuis la première décision de l'intimé. En effet, les conclusions diagnostiques des Drs S_____, R_____, U_____ et Q_____, lesquels ont admis des lombalgies chroniques, sont superposables à celles des précédents experts au plan somatique. En ce qui concerne le volet psychiatrique, le fait qu'aucun trouble psychique ne soit plus retenu ne suffit pas à démontrer d'amélioration de l'état de santé, puisque les atteintes de cet ordre retenues en 2007 par le Dr H_____ n'avaient alors pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, compte tenu de l'absence de changement dans les diagnostics somatiques, l'admission par les experts en 2019 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, plutôt qu'une capacité de 80 %, relève d'une simple appréciation différente d'un même état de fait.

La chambre de céans s'en tiendra ainsi à la capacité de gain de 80 % dans une activité adaptée initialement établie par les experts en 2007, que le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause.

Compte tenu de l'inexigibilité de l'activité d'agent de sécurité, le calcul du degré d'invalidité ne se confond pas avec le taux d'incapacité de travail, et c'est à juste titre que le recourant reproche à l'intimé de ne pas y avoir procédé. Cela ne justifie toutefois pas l'annulation et le renvoi à l'intimé, dès lors que la chambre de céans jouit d'une pleine cognition et qu'elle peut fixer le degré d'invalidité sans violer le droit d'être entendu de l'intimé, qui s'est abstenu de se prononcer sur les modalités de ce calcul alors qu'il fait partie du présent litige, au vu des conclusions et des moyens du recours.

S'agissant du revenu sans invalidité, on peut se référer au salaire que le recourant aurait réalisé en tant qu'agent de sécurité en 2018, année lors de laquelle le droit à la rente doit être examiné compte tenu de la nouvelle demande déposée en avril 2018 et du délai de carence de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI. Il sera établi en fonction des revenus prévus par la convention collective de travail (CCT) pour la branche des services de sécurité privés et ayant force obligatoire sur l'ensemble du territoire suisse, ce qui est admissible selon la jurisprudence (par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_304/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.2). Selon la version en vigueur en février 2017 de la CCT, disponible en ligne <https://www.ge.ch/document/13920/annexe/1>, le revenu dès la 13^{ème} année de service pour les catégories d'engagement A, soit les collaborateurs engagés au mois

et bénéficiant d'un taux d'occupation fixe contractuel entre 1801 et 2300 heures par année civile selon l'art. 8 CCT, s'élève à CHF 60'900.-.

Le revenu avec invalidité peut quant à lui être fixé sur la base du salaire statistique qu'un homme peut tirer d'activités simples et répétitives (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2018, TA1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 5'417.- par mois et CHF 65'004.- par an. En effet, cette valeur s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Il est représentatif du revenu que ces assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2019, le revenu d'invalidité est de CHF 67'767.-. L'évolution des salaires pour 2019 n'étant pas encore publiée, la chambre de céans renoncera à indexer le salaire, ce qui s'avère favorable au recourant. Compte tenu d'une capacité de travail de 80 %, le revenu sans invalidité est de CHF 54'484.-. En tenant compte d'un abattement de 15 % sur ce montant, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son taux d'activité incomplet, le revenu avec invalidité est de CHF 46'082.-. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 24 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. On relèvera ici que même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 % sur le revenu d'invalidité, ce dernier passerait à CHF 40'660.- et le taux d'invalidité serait alors de 33 %.

Ce taux est cependant supérieur au seuil donnant droit à des mesures d'ordre professionnel selon la jurisprudence. Ces mesures ont toutefois déjà été accordées au recourant à la suite de la première procédure, de sorte qu'il ne saurait prétendre à leur octroi une nouvelle fois.

Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée dans son résultat.

11. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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