

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4374/2015

ATAS/367/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 mai 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant Recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant soudanais devenu helvétique, né le _____ 1963, marié, père de trois enfants nés en _____ 2003, _____ 2006 et _____ 2007, est arrivé en Suisse en 1992.
2. Le recourant a fréquenté les écoles obligatoire, intermédiaire et secondaire, et a effectué des études universitaires (faculté de lettres, licence non achevée) au Soudan, avant de venir en Suisse, où il a travaillé comme ouvrier d'ébarbage et a ensuite appris la profession d'aide-soignant qu'il a exercée à partir de 1998, en dernier lieu auprès des B_____ (ci-après : B_____) pour un salaire annuel brut de CHF 86'443.- (selon les documents communiqués par les B_____, plus fiables que le bordereau de taxation 2006), soit de CHF 81'443.- allocations familiales et de naissance déduites.
3. Le 25 novembre 2006, après avoir relevé une patiente qui était tombée, le recourant a commencé à avoir mal partout, plus particulièrement au niveau de la nuque, des épaules, des mains et de la région lombaire. Depuis cet évènement, le recourant a été en incapacité totale de travail.
4. Le 20 décembre 2006, l'assuré a fait l'objet d'un scanner de la colonne lombaire par le Dr C_____, spécialiste FMH en radiologie. Ce dernier a observé une sténose canalaire de L4-L5 sur une hernie discale à large base médiane et paramédiane. Il n'y avait pas d'autres anomalies à signaler.
5. Le 11 janvier 2007, le recourant a subi une IRM de la colonne cervicale effectué par la Dresse D_____, spécialiste FMH en radiologie. Cette dernière a conclu à un possible trouble statique du rachis cervical à confronter à des radiographies en position debout, à un canal cervical étroit constitutionnel, accentué en regard de C6-C7, en raison de la discopathie et une discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7 avec saillie discale médiane aux deux niveaux.
6. Dans une lettre à l'employeur du recourant du 7 novembre 2007, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil des HUG, a indiqué qu'il avait revu une seconde fois le recourant, que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il craignait dès lors une inaptitude définitive à remplir sa fonction d'aide-soignant. Il estimait qu'il convenait d'entreprendre des démarches auprès de l'assurance-invalidité en vue d'une réadaptation professionnelle ou d'une rente.
7. Le 23 janvier 2008, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (devenu l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève; ci-après : OAI) visant exclusivement à l'octroi d'une rente.

Concernant l'atteinte à sa santé, il a déclaré une névralgie cervico-brachiales par hernies et idem au rachis lombaire depuis le 25 novembre 2006.

8. Dans un rapport médical AI du 1^{er} février 2008, les Dr F_____, médecin traitant et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Dr G_____, médecin répondant, auprès de la Permanence Médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une cervicalgie chronique et une lombosciatalgie droite depuis novembre 2006. Ils ont notamment indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignant était totale depuis le 28 novembre 2006 et qu'il était nécessaire d'effectuer des tests de réadaptation professionnelle afin de connaître les capacités habituelles de l'assuré.

Dans l'annexe au rapport médical, les médecins précités ont indiqué que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité habituelle était très importante, que cette activité n'était plus exigible, que sa capacité de travail dans cette activité ne pourrait pas être améliorée, mais qu'une activité adaptée, avec diminution de rendement, était exigible.

Dans une autre annexe, les Drs F_____ et G_____ ont indiqué que le recourant pouvait exercer des activités uniquement en position assise mais qu'en revanche, il ne pouvait ni exercer des activités uniquement en position debout ou des activités dans différentes positions ou exercées principalement en marchant, ni se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête ou accroupi ou à genoux, ni monter sur une échelle ou des escaliers, ni soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg, en précisant que sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées.

Dans le rapport médical concernant les capacités fonctionnelles du même jour, les médecins précités ont indiqué que le recourant disposait des facultés fonctionnelles suivantes : position assise, position debout, alternance des positions assis / debout, alternance assis / debout / marche, fonctionnement intellectuel normal, parcours à pied et comportement acceptable par l'entourage. En revanche, l'assuré n'avait pas les facultés fonctionnelles suivantes : même position du corps pendant longtemps, position à genoux, inclinaison du buste, position accroupie, utilisation des 2 bras - mains, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, mouvements des membres ou du dos, horaire irrégulier, travail en hauteur ou sur une échelle et déplacements sur un sol irrégulier ou en pente.

9. Dans un rapport d'entretien du 4 mars 2008, l'OAI a relevé notamment que l'assuré semblait souffrir durant l'entretien car il bougerait beaucoup sur son siège, s'asseyait sur une fesse et se levait de temps à autre, qu'il était encore très algique, qu'il ne supportait pas même les vibrations de l'autobus, qu'il essayait d'éviter les mouvements inutiles et le contact trop spontané avec ses enfants, qu'il faisait beaucoup d'efforts pour supporter la douleur, qu'il était un peu inquiet pour son

avenir car il avait l'impression que la situation se dégradait et qu'il avait peur de subir une intervention qui pouvait ne pas réussir et entraîner une paralysie.

Après avoir conclu que la situation médicale était non stabilisée, qu'il y avait une impossibilité de reprendre l'activité habituelle d'aide-soignant et qu'il était trop tôt pour se déterminer sur la possibilité d'exercer une autre activité adaptée, l'OAI n'a proposé aucune mesure d'intervention précoce pour le motif que l'assuré n'était pas capable subjectivement et objectivement de se projeter dans une activité professionnelle quelconque, en ajoutant qu'il faudrait étudier les conditions de droit à des prestations financières.

10. Dans un avis médical du 6 mars 2008, le Dr H_____ du *Service médical régional AI de Suisse romande (ci-après : SMR)*, sans spécialisation indiquée, a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr F_____ lors duquel ce dernier lui avait dit que la profession d'aide-soignant ne paraissait plus guère envisageable, en raison des problèmes lombaires et cervicaux empêchant l'assuré de faire des efforts tant avec le dos qu'avec la nuque, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant son dos et la nuque, soit plutôt en position assise, sans mouvements répétitifs de la nuque, le recourant devrait pouvoir travailler normalement et qu'il paraissait utile qu'il soit en réadaptation et éventuellement qu'il fasse un stage professionnel en vue d'une évaluation.
11. En mars 2008, l'OAI a adressé une demande d'expertise au Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.
12. Dans une lettre à l'employeur du recourant du 5 juin 2008, le Dr E_____ a indiqué qu'il avait revu le recourant, que son problème de santé ne s'était pas amélioré, qu'il restait donc inapte à remplir sa fonction d'aide-soignant pour une durée indéterminée et qu'il ne pourrait certainement pas reprendre son poste avant la fin de ses droits aux prestations qui approchait. Il a ajouté que la demande d'intervention de l'assurance-invalidité devrait aboutir à une rente, une réadaptation / reclassement professionnel paraissant illusoire.
13. Dans son rapport d'expertise du 9 juin 2008, après avoir exposé les anamnèses médicale, systématique, familiale et les plaintes de l'assuré, le Dr I_____ a indiqué que, sur le plan somatique, l'assuré portait, constamment, une minerve et une ceinture lombaire et qu'il montait les escaliers en faisant des mouvements non coordonnés et exagérés. Lors de l'examen clinique, il retenait tous les mouvements. Lorsque le sujet ne devait pas se concentrer sur son problème physique et discutait d'autre chose, il bougeait parfaitement normalement, sans aucune douleur. L'examen clinique était donc ininterprétable. Les plaintes ne correspondaient pas à une atteinte neurologique ou rhumatologique précise. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire ou de diminution de la force des quatre membres pouvant être mis sur le

compte du canal cervical étroit et de l'hernie discale L4-L5. La façon de marcher et de monter les escaliers démontraient plutôt le contraire soit une utilisation importante de la force des quatre membres. L'examen des articulations et leur palpation permettait d'écartier une maladie inflammatoire telle une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ankylosante ou une collagénose. La recherche de points douloureux signant une fibromyalgie était négative. Le Dr I_____ a ajouté qu'il était étonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail. D'un point de vue somatique, il ne pouvait donc pas expliquer l'état général du patient. Il a été obligé d'évoquer une majoration des symptômes d'origine psychologique, ou un syndrome somatoforme douloureux ou une simulation. N'étant pas psychiatre, l'expert n'a pu donc prendre de conclusion et a dû se contenter d'évoquer ces diagnostics. Selon lui, l'avis d'un expert psychiatre était donc nécessaire.

Le Dr I_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane, depuis 2006 (M51.1) et des cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit en C6-C7, depuis 2006 (M50.3). Il n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter des charges de plus de 10 kilos, ne pas soulever des charges de plus de 10 kilos, éviter les positions en flexion du rachis, éviter la station debout prolongée (pas plus de 45 minutes) et pouvoir changer régulièrement de position (toutes les 45 minutes).

Il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler comme aide-soignant mais qu'en revanche, en respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail serait entière, avec une diminution de rendement de 20%.

S'agissant d'une réadaptation professionnelle, le Dr I_____ a indiqué que, compte tenu du caractère ininterprétable de l'examen rhumatologique, de la majoration des symptômes, et du fait que l'expertisé ne pensait pas pouvoir retravailler, il ne croyait pas que des mesures de réadaptation seraient possibles.

L'expert a conclu en indiquant qu'il lui paraissait essentiel de demander un avis psychiatrique.

14. Dans un avis médical du SMR du 19 juin 2008, le Dr H_____ a conclu à la nécessité de mettre en œuvre un examen psychiatrique de l'assuré, vu la conclusion de l'expert à ce sujet.
15. Dans un rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 10 juillet 2008, après avoir exposé les anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique du recourant, ainsi que les habitudes et la vie quotidienne de ce dernier, le Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'a retenu aucun diagnostic

avec répercussion sur la capacité de travail, et diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0).

Dans l'appréciation du cas, le Dr J_____ a indiqué que l'anamnèse psychiatrique ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. L'expertise faite par le Dr I_____ du 9 juin 2008 signalait des lombalgies chroniques sur des discopathies étagées et une hernie discale L4-L5 médiane et des cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées et un canal cervical étroit C6-C7. Etant donné que les plaintes douloureuses exprimées par l'assuré correspondaient à la pathologie rhumatologique mentionnée ci-dessus, un trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu. En revanche, d'après la CIM-10, étant donné la présence d'une compatibilité avec un processus physio-pathologique et d'un sentiment de détresse, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F 68.0) devait être retenu. L'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité n'avaient pas été constatés. Etant donné l'absence de trouble cognitif dû à une thymie dépressive, et de la présence d'un sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux, un trouble de l'humeur, quelque soit son intensité, ne pouvait pas être retenu.

Il a conclu que la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, était de 100%, depuis toujours.

16. Dans un avis médical du SMR du 28 juillet 2008, le Dr H_____ *s'est référé aux expertises rhumatologie et psychiatrique pour conclure que la capacité de travail du recourant restait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, tout au plus, une légère baisse de rendement ne dépassant pas 20% pouvait être admise.*
17. Dans un certificat du 8 août 2008, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé du recourant contre-indiquait à ce moment la mise en place de mesure de réadaptation et nécessitait l'octroi d'une rente.
18. Dans un avis du 30 octobre 2008, le Service de réadaptation a retenu que, compte tenu de l'absence de motivation du recourant à une réadaptation de son poste de travail, il n'y avait pas lieu d'octroyer des mesures d'ordre professionnel.
19. Le 11 novembre 2008, l'OAI a adressé un projet de refus de reclassement, en se référant à l'avis de son service de réadaptation.
20. Le même jour, l'OAI a adressé un projet de refus d'octroi de rente d'invalidité, pour le motif que la comparaison du revenu sans invalidité de CHF 82'858.- avec le

revenu avec invalidité exigible sur la base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TAI tous secteurs confondus, niveau 4, pour un homme, ligne «total»), avec une baisse de rendement de 20%, de CHF 60'226.- pour une capacité de travail de 100%, faisait apparaître un degré d'invalidité de 27%, soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

21. Par courrier de son avocate du 8 décembre 2008, le recourant s'est opposé aux deux projets de décision de l'OAI. Il a contesté son manque de motivation à un reclassement professionnel. Par ailleurs, il a contesté les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, a estimé qu'une expertise rhumatologique voire neurologique devrait être effectuée et a également critiqué le manque de précision de la détermination du degré d'invalidité.
22. A la demande de son médecin traitant, le recourant a effectué un stage auprès de l'atelier de Réadaptation Préprofessionnelle du Service de Neuro-Rééducation des B____. Dans un rapport du 26 janvier 2009, le technicien responsable de l'atelier, K____, a indiqué que le recourant avait été parfaitement collaborant dans la limite de ses capacités physiques, bien que fortement handicapé par ses douleurs. Sa capacité de travail n'avait pas dépassé une heure par jour deux fois par semaine. Malgré sa volonté évidente d'arriver à un meilleur résultat, son temps de travail n'avait pu être augmenté et l'assuré avait systématiquement été renvoyé chez lui vu l'amplitude évidente de ses douleurs. Sa capacité à rester dans la même position ne dépassait pas quelques minutes et il était obligé de continuellement déambuler dans l'atelier. Le technicien responsable a conclu qu'il avait déconseillé au recourant de faire appel au chômage vu son inaptitude totale au placement dans le marché économique primaire et qu'il n'entrevoit aucune possibilité, ni de reclassement professionnel, ni d'emploi protégé vu le rendement devant être considéré comme nul.
23. Dans un avis médical du SMR du 3 février 2009, le Dr H_____ a considéré que, contrairement aux griefs du recourant, ce dernier avait fait l'objet d'une expertise rhumatologique réalisée selon les règles de l'art et également d'un examen psychiatrique, que les deux spécialistes mettaient en premier lieu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et qu'il n'y avait dès lors aucune raison de faire une expertise médicale.
24. Par deux décisions du 9 février 2009, l'OAI a confirmé ses deux projets de décision du 11 novembre 2008.
25. Par lettre au conseil du recourant du 16 février 2009, le Dr F_____ a indiqué que le recourant présentait un état d'anxiété résultant de son status social et douloureux traité et que le stage professionnel effectué par l'assuré confirmait son inaptitude totale.

26. Par acte du 9 mars 2009, l'assuré a recouru contre la décision de refus de rente, en concluant principalement à l'annulation de cette décision, à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique voire neurologique et à l'octroi d'une rente d'invalidité, avec suite de dépens. Il a indiqué que la décision reposait sur des constatations médicales incomplètes, en ce sens que l'expert avait omis de tenir compte d'une hernie, de ses problèmes plantaires et gastriques, que le psychiatre du SMR n'avait pas examiné si les conditions de la dépression étaient réalisées et que le problème des violentes douleurs n'avait pas été examiné. Il a ajouté que l'expertise du Dr I_____ était incomplète et partielle : les maux dont souffrait le recourant avaient été mal relatés, la partialité de l'expert ressortait de son attitude ayant en particulier consisté à immédiatement qualifier le recourant de simulateur, les avis contraires des autres médecins n'avaient pas été pris en compte, le rapport était contradictoire en retenant d'un côté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignant et de l'autre une capacité de travail entière dans cette profession en tenant compte des limitations fonctionnelles. Il a estimé que, dès lors, une expertise rhumatologique voire neurologique se justifiait. Le recourant a également critiqué l'évaluation de son degré d'invalidité, en ce sens que le revenu sans invalidité pris en compte (82'858 fr.) était inférieur à celui qu'il réalisait avant de tomber malade (86'443 fr. 15) et ne prenait pas en considération les indexations et augmentations qui seraient intervenues jusqu'en 2008, et que le revenu avec invalidité ne prenait pas en compte ses limitations fonctionnelles, ni son origine et son âge.
27. Par acte du 10 mars 2009, l'assuré a recouru contre la décision de refus de reclassement, en concluant principalement à l'annulation de cette décision, à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique voire neurologique et à l'octroi d'un reclassement professionnel, avec suite de dépens. Il a repris en substance la même argumentation que celle de son recours de la veille, en estimant son degré d'invalidité à 54%, ce qui lui donnait droit à un reclassement.
28. Par réponses du 20 avril 2009, l'OAI a conclu au rejet des recours. Il a indiqué que les rapports d'expertise rhumatologique et d'examen psychiatrique remplissaient les critères pour leur reconnaître une pleine valeur probante, que le Dr I_____ avait bel et bien pris en compte l'hernie discale, qu'il avait repris l'ensemble des pièces médicales et les avaient analysées en détail et que le fait de ne pas suivre l'avis des médecins traitants de l'assuré ne suffisait pas à qualifier l'expertise de partielle. Il a ajouté que, conformément à la jurisprudence, les conclusions du stage effectué aux B_____ ne devaient pas supplanter les conclusions de l'expert médical et qu'en définitive, il n'existait aucun élément susceptible de remettre en cause les deux rapports susmentionnés, de sorte qu'une nouvelle expertise n'était pas utile. A l'appui de cette argumentation, l'OAI a produit un avis du SMR du 7 avril 2009 étayant sa position. Il a ajouté que le revenu sans invalidité ne prenait pas en

compte les allocations familiales, raison pour laquelle il avait été fixé à CHF 82'858.-, que le revenu avec invalidité avait été établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 tous secteurs confondus, niveau 4, pour un homme, ligne «total», avec une baisse de rendement de 20% qui tenait compte à satisfaction des limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, l'OAI a relevé que les médecins traitants du recourant avaient également constaté que la motivation pour une reprise du travail était partielle et que le recours contre le refus de rente confirmait que l'assuré n'était subjectivement pas apte à une réadaptation.

29. Par ordonnance du 27 avril 2009, la jonction des causes A/803/2009 (refus de rente) et A/820/2009 (refus de reclassement) a été ordonnée.
30. Par courrier de son avocate du 13 mai 2009, le recourant a indiqué que l'avis du Dr E_____, qui était un médecin neutre, devait être pris en compte, et qu'il n'y avait pas lieu de déduire les allocations familiales dans la détermination du revenu sans invalidité, lequel devait de surcroît être augmenté compte tenu d'une prime annuelle de 35%, devenue un 13^{ème} salaire par la suite.
31. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 25 février 2010, le Dr E_____ a déclaré qu'il s'était occupé du recourant en qualité de médecin conseil des B_____, en le rencontrant à 3 reprises, soit les 17 juillet 2007, 1^{er} novembre 2007 et 29 mai 2008. Il l'avait vu précédemment à 2 reprises, relativement à son emploi aux B_____, soit lors de son engagement, le 28 août 1998, et lors de sa nomination, le 18 juin 2001, étant précisé que le recourant était alors en bonne santé.

En novembre 2007, le témoin craignait effectivement une inaptitude définitive du recourant à remplir sa fonction, étant impressionné par les symptômes qu'il présentait, à savoir des douleurs lombaires et cervicales.

Dans son courrier du 7 novembre 2007, il a parlé d'entreprendre des démarches auprès de l'AI compte tenu du délai écoulé entre la première consultation et le 7 novembre 2007, étant ajouté que les prestations de l'employeur prenaient fin après une période de 720 jours. La référence aux démarches à effectuer auprès de l'AI était également destinée à l'infirmière de santé public qui assistait les employés incapables de travailler. Le Dr E_____ a indiqué qu'il avait certainement expliqué au recourant qu'il fallait entreprendre ces démarches auprès de l'AI et, d'après ses souvenirs, il était assez d'accord.

La question d'aiguiller le recourant vers une autre activité auprès des B_____ n'a pas été abordée, étant précisé que les symptômes que le recourant décrivaient étaient si importants que cette question ne se posait pas. Le témoin a ajouté qu'il effectuait une distinction entre les signes que présentait le recourant et les symptômes, qui étaient ceux que décrivait le patient. Son rôle consistait à définir si

le recourant était apte ou inapte à remplir sa fonction. Il ne lui appartenait pas de décrire les signes qu'il présentait. Il a ajouté qu'en mai 2008, il s'était basé exclusivement sur les symptômes décrits par le recourant et n'avait pas examiné les signes qu'il présentait. Il y a eu une accentuation des symptômes décrits par le recourant qui était dramatique et surprenante médicalement parlant. Il a précisé à cet égard que l'assurance-accidents des B_____, soit AXA WINTERTHUR, avait décidé de mettre un terme à ses prestations pour le motif que les signes présentés par le recourant ne correspondaient plus aux suites normales de son accident de travail. Il y avait sans doute un état antérieur à l'accident.

Lorsqu'il a observé le recourant, le Dr E_____ n'était pas en possession de rapports médicaux établis par d'autres médecins. Postérieurement, le conseil du recourant lui a remis le rapport d'expertise effectué dans le cadre de la procédure AI par le Dr I_____. Il s'agissait d'une attitude médicale complémentaire, puisque le rôle de l'expert était de définir la capacité de travail et que cela n'était pas son rôle. Il a précisé que le fait de constater une aptitude ou inaptitude à exercer une fonction se déterminait très précisément par rapport au cahier des charges de l'employé. De ce fait, son avis était plus précis par rapport à l'emploi exercé par l'assuré que la détermination effectuée par un médecin plus généralement par rapport à sa capacité de travail.

32. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 25 février 2010, K_____, technicien responsable à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de rééducation des B_____, a déclaré que le recourant leur avait été adressé par le Dr F_____ pour un mandat d'observations destiné à mettre en évidence l'aptitude ou l'inaptitude au placement du recourant (terminologie utilisée par l'OCE).

Après avoir précisé que cela faisait près de 20 ans qu'il travaillait dans cet atelier, le témoin a affirmé que le recourant ne simulait pas.

Les activités proposées au recourant avaient été légères et avaient consisté principalement dans la restauration et le montage d'un dossier pour l'OCE. Il n'avait pas été envisageable de lui confier des activités de menuiserie ou de mécanique par exemple. En raison de l'amplification des douleurs du recourant et de la dégradation de son état de santé, il n'avait pas été possible de le retenir plus longtemps qu'une heure.

Selon son expérience, le témoin a indiqué que l'envie de travailler du recourant était évidente. Il était profondément malheureux d'être inactif. Ce n'était pas de gaieté de cœur qu'il avait dû stopper le stage.

Par rapport à un emploi protégé, les demandes de rendement étaient telles que le recourant ne remplissait pas les conditions.

33. Lors de son audition par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 25 février 2010, le recourant a indiqué qu'il était toujours employé auprès des B____, mais ne percevait plus son traitement depuis la fin de l'année 2008. L'assurance-accidents des B____ avait accepté de verser une indemnité journalière pendant 12 semaines à compter de l'accident, soit jusqu'à fin février 2007. Elle avait ensuite arrêté ses prestations, considérant qu'il y avait un état maladif antérieur.

Il a déclaré qu'en raison de ses problèmes plantaires, il n'arrivait pas à marcher sur les talons ou les orteils. Cela lui faisait très mal. Il avait été consulter un orthopédiste qui lui avait fait des talonnettes qu'il portait tous les jours. Il lui avait précisé qu'il ne pouvait rien faire d'autre. Le recourant a également suivi des séances de physiothérapie pour ce problème, environ 12 à 13 séances.

Par rapport à ses problèmes digestifs, le recourant a déclaré consulter le Dr F____, qui avait diagnostiqué un reflux d'acidité sans doute dû aux médicaments pris. Le recourant prenait des médicaments anti-nausées. Deux semaines auparavant, il avait dû consulter son médecin pour des douleurs au niveau des ganglions. Ce dernier lui avait indiqué que c'était sans doute en relation avec son reflux d'acidité.

Depuis l'été 2009, il consultait le Dr L____, psychiatre, chef de clinique aux HUG. Au début, il avait des séances toutes les semaines. Depuis 2 ou 3 mois, il n'y allait plus qu'une fois toutes les 2 semaines. Son psychiatre lui a prescrit des médicaments antidépresseurs.

Il a indiqué que ni son employeur, ni l'OAI ne lui avaient proposé de réadaptation. Il était d'accord avec une réadaptation si ses douleurs physiques le lui permettaient. Il a précisé avoir effectué un stage qu'il qualifiait de réadaptation professionnelle auprès des B____.

Le recourant a également indiqué avoir commencé un traitement à la morphine pour lutter contre ses douleurs, qu'il n'avait pas supporté car il avait provoqué des nausées et lui avait coupé l'appétit. Il avait donc cessé de prendre de la morphine.

Il a contesté les déclarations du Dr E____ selon lesquelles il était d'accord de demander des prestations à l'assurance-invalidité. En effet, il espérait retrouver une bonne santé et exercer à nouveau son métier. Le Dr E____ avait insisté pour qu'il dépose une demande de prestations AI. Il n'a pas déposé de demande immédiatement mais ne l'a fait que lorsqu'il avait épuisé son droit aux prestations d'assurance-maladie.

34. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 3 juin 2010, le Dr F____ a déclaré qu'il suivait le recourant au moins depuis janvier 2009, en précisant toutefois qu'il l'avait déjà vu en 2007.

Il a confirmé avoir établi le rapport AI, cosigné par le Dr M_____, du 1^{er} février 2008 et en a confirmé la teneur. Il a également confirmé que les propos qui lui ont été prêtés dans l'avis médical du SMR du 6 mars 2008 (cf. 10 supra) étaient conformes à son avis de l'époque. L'aptitude au travail du recourant devait être évaluée.

Par rapport à son certificat médical du 8 août 2008, dans lequel il indiquait que l'état de santé du recourant contre-indiquait la mise en place de mesures de réadaptation, le Dr F_____ a précisé que, vu l'évolution défavorable de l'état de santé du patient, il était illusoire qu'il reprenne le circuit du travail. Un recyclage au sein de l'Hôpital avait été examiné, mais était impossible.

En complément de sa lettre à l'avocate du recourant du 16 février 2009, il considérait que ce dernier était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit. Le stage professionnel avait fait apparaître un rendement qui ne durait pas. Il estimait que cette situation perdurait.

Le Dr F_____ a confirmé avoir été consulté pour des problèmes digestifs. Il y avait également d'autres pathologies qui étaient présentes, tels l'insomnie et des troubles psychiatriques. A ce dernier égard, il a précisé que le recourant était suivi par le Dr L_____.

En mettant de côté le problème psychiatrique, le témoin a indiqué qu'il existait une pathologie articulaire, avec une prédominance sur le rachis. Celle-ci avait été investiguée et présentait un rétrécissement du canal lombaire accompagné de hernies discales lombaires (L4-L5) et cervicales (C6-C7). Le recourant avait été adressé auprès d'un spécialiste pour des infiltrations, qui n'avaient pas donné d'amélioration.

S'agissant des limitations du recourant, le Dr F_____ a indiqué que celles qui étaient décrites dans le rapport d'expertise du Dr I_____ du 9 juin 2008 (page 11) existaient, mais étaient trop optimistes, en ce sens que la durée de 45 minutes qui était indiquée était trop longue et que le poids relatif au port de charges était trop important.

A la question de savoir si les plaintes formulées par le recourant correspondaient à une atteinte neurologique ou rhumatologique, le Dr F_____ a répondu que le scanner et l'IRM avaient révélé ces deux types d'atteinte. Il y avait par ailleurs un facteur constitutionnel, soit le canal lombaire qui est douloureux par définition vu sa compression.

Le témoin a indiqué n'avoir pas constaté que le recourant retiendrait ses mouvements ou accentuerait les symptômes. Il présentait une raideur et une gêne articulaires. Il a confirmé avoir constaté une diminution de la force des quatre membres, sur la base de bilans cliniques. Par rapport au bilan effectué mi-2008, il n'avait pas constaté d'amélioration d'un point de vue clinique.

Par rapport à la pathologie douloureuse chronique du recourant, le Dr F_____ a déclaré avoir essayé de trouver un traitement approprié. Le traitement à la morphine n'avait pas été supporté.

35. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 3 juin 2010, le Dr L_____ a déclaré qu'il suivait le recourant, au cabinet, depuis juillet 2009, mais avait fait sa connaissance à l'Hôpital quelques semaines auparavant. Il a mis en place un suivi psycho-thérapeutique et psycho-pharmacologique à raison d'une séance par semaine, puis, après quelque mois, à une séance tous les 15 jours et, dernièrement, de nouveau à une séance hebdomadaire. Le suivi était adapté en fonction des besoins du recourant.

Le Dr L_____ a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (DSM-4 code F 32), auquel s'est ajouté, au cours des quatre derniers mois, un état de stress post-traumatique. A son avis mais sans toutefois pouvoir être précis, le témoin a estimé que ces troubles étaient présents depuis plusieurs années, étant précisé que le deuxième trouble était masqué par le trouble dépressif majeur qui était très important lors du début de la prise en charge. Le trouble post-traumatique était lié à l'activité professionnelle que le recourant exerçait dans un endroit où l'on traite les patients en fin de vie. Selon la conviction clinique du témoin, le recourant avait beaucoup de sympathie pour chacun des patients dont il avait pris soin et leur décès, à chaque fois, avait représenté un traumatisme. De ce fait, il estimait que le patient ne pouvait plus occuper son ancien poste. Il a ajouté que le recourant lui avait fait part d'importantes douleurs et qu'il existait chez lui une appréhension anxieuse de la douleur. La symptomatologie psychiatrique diminuait le seuil de tolérance à la douleur. L'évolution de l'état du recourant était fluctuante et le pronostic était incertain. Sur question de l'avocate du recourant, le Dr L_____ a indiqué que son avis précité correspondait au constat du Dr J_____, selon lequel il y avait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon le témoin, l'état dépressif majeur était dû aux difficultés physiques, au sentiment de ne pas pouvoir guérir, au vécu professionnel traumatique et au sentiment d'être inutile professionnellement. Le recourant lui avait également fait part d'un surmenage professionnel à l'époque où il travaillait encore. Le Dr L_____ n'a pas constaté de simulation ou d'exagération de la part du recourant. Il a précisé que les critères pour poser le diagnostic de trouble dépressif majeur étaient les suivants : tristesse importante, insomnie, perte d'appétit, diminution du seuil de la tolérance à la douleur, perte d'intérêt et de plaisir pour la plupart des activités quotidiennes, appréhension anxieuse d'une manière générale, pessimisme, ruminations anxieuses, sentiment d'inutilité, dévalorisation personnelle. Pour diagnostiquer l'état de stress post-traumatique, les critères suivants étaient présents : état d'hypervigilance, sentiment de stress permanent, flash-backs de patients décédés, idées obsédantes

(les gens qu'il voit, il les voit morts), cauchemars, évitement du milieu hospitalier. Bien que n'étant pas le médecin traitant du recourant à l'époque, le témoin a estimé que ce dernier souffrait d'un état dépressif latent déjà lorsqu'il travaillait et d'un burn-out.

36. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 3 juin 2010, le Dr I_____ a confirmé être l'auteur du rapport d'expertise du 9 juin 2008 et en a confirmé la teneur.

Par rapport à l'indication selon laquelle la capacité de travail, en tant qu'aide-soignant, serait entière si les restrictions étaient respectées (rapport, p. 11, chiffre 2.2), il a précisé que le recourant lui avait indiqué que son cahier des charges pourrait être modifié et tenir ainsi compte de ces restrictions. Si son cahier des charges d'aide-soignant ne devait pas être modifié, l'incapacité de travail serait totale. En d'autres termes, la capacité de travail du recourant serait totale dans une activité adaptée.

Le témoin n'a pas noté que le patient lui aurait fait part de problèmes plantaires lorsqu'il l'a examiné. S'il avait constaté lui-même des problèmes plantaires, il l'aurait mentionné dans son rapport. En consultant le rapport de P_____ et Q_____ du 13 août 2008, le Dr I_____ a indiqué qu'il existait un problème plantaire du côté gauche, que le recourant n'appuyait plus sur l'arche plantaire médiane, qu'il appuyait surtout sur l'avant de son pied et le talon. S'il avait disposé de ce rapport lors de son expertise, le témoin n'aurait pas modifié ses conclusions. En revanche, il aurait conseillé au recourant de se faire installer un support plantaire, qui permet d'éliminer cette problématique.

Le Dr I_____ a précisé que si on respectait les limitations qu'il avait indiquées, le recourant était en mesure de travailler. Il y avait une adaptation automatique du poste de travail qui devait se faire en fonction de ces limitations. Sachant que le recourant travaillait dans une grande structure, soit les B_____, le témoin est parti de l'idée qu'un travail adapté pourrait lui être trouvé, sans qu'il soit nécessaire de passer par l'AI.

Par rapport aux douleurs lombaires, le témoin a indiqué que leurs causes consistaient dans une hernie discale et de l'arthrose. Cela provenait de l'usure normale du corps. Il a observé, dans l'histoire professionnelle du recourant, que ce dernier avait pu avoir un métier lourd lorsqu'il travaillait chez N_____ et avait pu, à cette occasion, solliciter son dos. Si le recourant avait dû fréquemment soulever des patients qui se laissaient aller, il avait sollicité son dos plus que la normale.

Par rapport aux douleurs cervicales, le Dr I_____ a observé que le canal cervical étroit était une atteinte constitutionnelle qui n'avait rien à voir avec un accident ou un travail pénible.

Il n'avait pas pu établir de relations objectives entre ce que le recourant avait du point de vue clinique et sa présentation des symptômes. C'est la raison pour laquelle le témoin a indiqué être étonné qu'un tel état clinique soit la conséquence d'un banal faux mouvement sur son lieu de travail (rapport, p. 10) et a préconisé l'avis d'un expert psychiatre.

37. Par courrier de son avocate au Tribunal cantonal des assurances sociales du 28 juin 2010, le recourant a indiqué que, sur le plan physique, il souffrait de pathologies entraînant des douleurs constantes handicapantes, que, sur le plan psychiatrique, il présentait un trouble dépressif majeur et un état de stress post-traumatique, que ses limitations fonctionnelles, qui ne relevaient pas de l'exagération, étaient importantes, ne lui permettaient plus d'exercer sa profession d'aide-soignant et, selon K_____, excluaient toute activité tant dans le milieu primaire que dans un atelier protégé. Il en a conclu que, vu son état de santé, il semblait impossible d'envisager une mesure de reclassement professionnel et, vu son incapacité durable de travailler dans une quelconque activité, une rente d'invalidité devait lui être octroyée.

38. Dans un courrier du 8 juillet 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions initiales (rejet du recours). Il a exposé qu'après examen du dossier par le SMR, il considérait qu'il n'existait aucun élément permettant de s'écarter du rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2008 et du rapport d'expertise rhumatologique du 9 juin 2008, lesquels remplissaient l'ensemble des critères jurisprudentiels requis pour leur reconnaître une pleine valeur probante.

Il a joint un avis du SMR du 17 juin 2010, dans lequel le Dr O_____, sans spécialisation indiquée, a conclu qu'il ne suivait pas les réquisitions médicales de la partie adverse et qu'il en restait aux conclusions du rapport d'examen SMR du 31 juillet 2007, à l'expertise du Dr I_____ et à l'examen SMR psychiatrique du Dr J_____, soit que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais qu'elle était totale dans une activité adaptée, avec un degré d'invalidité de 27%.

39. Par courrier de son avocate au Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 août 2010, le recourant a indiqué avoir adressé l'avis du SMR du 17 juin 2010 aux Drs F_____ et Dr L_____.

Ce dernier a fait savoir au recourant que la dépression dont il souffrait existait avant le début du traitement entrepris chez lui et que la classification était bien celle de F.32 (trouble dépressif majeur) et non de F.33, cette dernière étant réservée au trouble dépressif récurrent. Quant au diagnostic de stress post-traumatique, le Dr L_____ a précisé, lors de son audition, que ce diagnostic n'avait pu être posé qu'après quelques mois de traitement. Or, le Dr J_____ n'avait vu le recourant qu'une seule fois environ 45 minutes et n'avait donc pu poser un tel diagnostic.

Par ailleurs, il ressortait de l'avis du Dr O_____, contrairement à ce qu'il tentait de démontrer, que tant le Dr I_____ que le Dr F_____ posaient les mêmes diagnostics impliquant un problème rhumatologique, à savoir des lombalgies chroniques et des cervicalgies chroniques sur discopathies ou hernies discales L4-L5 et C5-C6. Ces deux médecins admettaient que le recourant présentait un rétrécissement du canal lombaire ou sténose. Enfin, le Dr O_____, qui estimait qu'on ne pouvait prendre en compte l'avis de P_____ ET Q_____ orthopédistes, confirmait ce qu'avait dit le recourant lors de sa comparution personnelle, à savoir qu'il ne pouvait marcher correctement sur la pointe des pieds et sur les talons. Cette incapacité découlait donc bien, comme il le constatait, des pathologies retenues par le Dr I_____ et le Dr F_____ (atteintes lombaires et canal rachidien étroit sérieux).

A l'appui de sa détermination, le recourant a produit une lettre du Dr F_____ du 4 août 2010, dans laquelle ce dernier indiquait qu'il avait demandé l'avis du centre de réadaptation professionnelle de l'hôpital Beau-Séjour suite à l'incapacité au travail du recourant. Cette demande était la démarche normale devant une inaptitude professionnelle. Devant cette incapacité physique et cette douleur chronique, le recourant avait présenté une réaction classique de dépression pour laquelle l'avis du spécialiste, le Dr DI L_____, semblait nécessaire. Devant la persistance de son tableau chronique douloureux, il avait essayé toute la panoplie de traitement mise à sa disposition. Elle débutait à partir d'antalgique faible jusqu'à la morphine. Il arrivait, dans de tels cas, que certains médicaments ne soient pas supportés, ce qui fût le cas de la morphine dont la prescription a dû être interrompue. Il a donc orienté le patient vers d'autres thérapies, notamment l'infiltration. Le Dr R_____, neuroradiologue, après études des anomalies rachidiennes constatées aux IRM, avait décidé de tenter des infiltrations, sans effet. Il ne restait plus que l'indication opératoire. Celle-ci semblait aléatoire et risquée chez un patient présentant une pathologie rachidienne importante (hernies et rétrécissement du canal médullaire) avec un pronostic incertain pour un patient fragile sur le plan physique et psychique. Le Dr F_____ a terminé sa lettre en indiquant que le recourant était actuellement totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.

40. Par lettre du 30 septembre 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions initiales, en se référant, en ce qui concerne les données médicales, au dernier avis du SMR du 17 juin 2010.

Il a rappelé que ses conclusions se basaient sur l'ensemble des éléments au dossier, notamment sur le rapport d'expertise rhumatologique du 9 juin 2008 et sur le rapport d'examen psychiatrique du 18 juillet 2008.

Il a souligné que, conformément à la jurisprudence fédérale constante, les informations des organes d'observation professionnelle ne doivent pas supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un

jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure celui-ci est capable de travailler; en d'autres termes, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. Dans le cas d'espèce, le stage aux B_____ avait été réalisé sans que les responsables aient accès au moindre rapport médical, comme l'a indiqué K_____ lors de l'audience du 25 février 2010. Par conséquent, il était manifeste que les conclusions du stage ne devaient prévaloir sur les conclusions médicales dûment étayées par deux expertises revêtant une pleine valeur probante.

41. Par arrêt du 30 mai 2011 (ATAS/556/2011), la chambre de céans a rejeté le recours en considérant que les rapports d'expertises des Dr I_____ et J_____ étaient probants, que le recourant présentait une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20%, soit un degré d'invalidité de 27%, et que les perspectives d'une réadaptation professionnelle apparaissaient compromises d'un point de vue subjectif, de sorte qu'un reclassement n'était pas justifié.
42. Le 4 juin 2013, les B_____ ont déposé au nom de l'assuré une nouvelle demande de prestation en joignant notamment un formulaire de demande signé par l'assuré le 10 mai 2013 et un questionnaire pour l'employeur du 22 février 2013 indiquant que les B_____ étaient en train de définir un profil de poste compatible avec les restrictions de santé de l'assuré.
43. Le 10 juin 2013, l'OAI a requis de l'assuré un rapport médical démontrant une aggravation probante.
44. Le 8 juillet 2013, l'assuré a transmis à l'OAI :
 - un rapport du 24 janvier 2013 du Dr E_____ selon lequel l'assuré était inapte à assumer un poste d'aide-soignant, même à temps partiel, mais capable de faire de petits travaux de bureau sans formation spécifique à 50% ; l'assuré étant motivé, il convenait de rouvrir son droit à l'AI, en vue d'un reclassement professionnel ;
 - un rapport du Dr F_____ du 27 juin 2013 selon lequel l'assuré était incapable d'exercer comme aide-soignant, mais pouvait travailler à 50% dans des activités de bureau, adaptées à ses limitations fonctionnelles.
45. Le 21 août 2013, le docteur S_____, du SMR, a estimé qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'était attestée par les Drs E_____ et F_____.
46. La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 29 octobre 2013 et conclu à la mise en place de stages d'observation aux B_____.
47. Un entretien a eu lieu aux B_____ le 5 décembre 2013 en présence d'un représentant de l'OAI, durant lequel divers stages ont été envisagés à 50% (selon

courrier des B_____ du 6 décembre 2013 et note de travail de l'OAI du 6 décembre 2013).

48. Par courriel du 10 février 2014, les B_____ ont indiqué à l'OAI que selon le docteur T_____, médecin du service de santé du personnel, l'assuré ne pouvait occuper un poste d'aide-soignant aux B_____ et un stage ne pouvait être proposé à l'assuré, un poste adapté n'étant pas à disposition aux B_____. Selon un rapport du Dr T_____ du 24 janvier 2014, seul un poste administratif pourrait correspondre à la situation de santé de l'assuré.
49. La réadaptation professionnelle a entendu l'assuré le 18 août 2014 et conclu à un stage d'orientation professionnelle pour déterminer une activité adaptée.
50. Par communication du 11 décembre 2014, l'OAI a pris en charge un stage chez Pro, entreprise sociale privée, du 24 novembre 2014 au 22 février 2015.
51. Selon le rapport d'évaluation de Pro du 10 mars 2015, l'assuré essayait de faire le maximum pour respecter les horaires de travail des ateliers, mais avait dû régulièrement abrégé ses journées à cause des douleurs et de la fatigue ; il était persévérant malgré les douleurs et respectueux du cadre ; il avait un rendement en qualité de 80% et en temps de 40%, insuffisant pour obtenir un emploi sur le marché du travail. L'activité de l'étiquetage de précision s'était révélée être la plus adaptée à la gestion de ses différentes positions, c'est-à-dire assis en utilisant trois chaises différentes avec jambes allongées ou non et position debout. Le rendement en qualité pour ce travail se situait entre 90% et 100%, le rendement en temps était estimé à 25%. Cette activité avait permis de minimiser ses mouvements et ses douleurs. Le sérieux, le calme et le soin avec lesquels l'assuré abordait le travail avaient été observés par tous les responsables d'activité. De plus, l'assuré possédait un bon sens de l'observation et de l'écoute, qualités estimées aussi dans la relation avec ses collègues. L'assuré avait beaucoup apprécié d'être à nouveau en activité. Il se disait d'ailleurs prêt à continuer un stage non rémunéré pour avoir une mission en-dehors de son domicile, rencontrer des gens et participer à un travail. L'état de santé de l'assuré l'empêchait de retrouver une activité lucrative. Une activité suffisamment respectueuse de ses besoins, notamment en ce qui concernait la position de la nuque, n'était pas représentée sur le marché du travail. Cependant, il pourrait sans autre mettre à profit ses compétences relationnelles dans une activité bénévole.
52. A la demande de l'OAI, les B_____ ont indiqué qu'en 2015, l'assuré gagnerait CHF 83'162.45.
53. Le 13 juillet 2015, la doctoresse U_____, du SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, et que ceci était confirmé par un stage chez Pro.

54. Le 13 juillet 2015, la réadaptation, sur la base du rapport de Pro du 10 mars 2015, a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité dans le conditionnement.
55. Le rapport surveillance – MOP a conclu à la capacité de l'assuré d'exercer une activité dans le conditionnement, sans formation spécifique, la diminution de rendement admise par le SMR permettait à l'assuré de prendre du temps pour soulager ses douleurs. Le degré d'invalidité était identique à celui calculé en 2009.
56. Par projet de décision du 2 octobre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et un droit à la rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 27% et une activité dans le conditionnement étant exigible sans formation.
57. Le 4 novembre 2015, l'assuré, représenté par Procap, a indiqué qu'il n'avait pas d'objections à formuler.
58. Par décision du 12 novembre 2015, l'OAI a refusé le droit à d'autres mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.
59. Le 14 décembre 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 novembre 2015 en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI ; il requérait l'audition des Drs E_____ et F_____, des responsables d'activité de l'entreprise Pro et l'ordonnance d'une expertise judiciaire rhumatologique. L'OAI était entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Cependant, le dossier n'avait pas été instruit médicalement, alors même que le stage chez Pro concluait à une incapacité de travail totale.
60. Le 23 décembre 2015, le Dr S_____, du SMR, a estimé que l'IRM du 16 novembre 2015 était identique à celle du 11 janvier 2007 et que le Dr F_____ ne fournissait pas d'éléments objectifs pour une sévérité, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau.
61. Le 27 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'était pas entré en matière s'agissant du droit à la rente, puisqu'il n'y avait pas de détérioration notable de l'état de santé de l'assuré, mais uniquement sur le droit à des mesures professionnelles ; une expertise judiciaire ne se justifiait pas.
62. Le 3 février 2016, l'assuré a répliqué en relevant que le Dr S_____ ne se prononçait pas sur la différence de limitations fonctionnelles entre celles attestées par le Dr F_____ le 27 juin 2013 et celles retenues par le Dr I_____, ni sur le fait que son atteinte était de type dégénérative ; il ne se prononçait pas sur l'apparition de problématiques nouvelles au niveau C2 – C3, C3 – C4 et C4 – C5 ; il ne se prononçait pas sur les conclusions de Pro ; le rapport du Dr S_____ n'avait pas de valeur probante.

L'assuré a communiqué :

- un rapport d'IRM cervicale du 16 novembre 2015 concluant à une inversion de la lordose cervicale avec cervicarthrose étagée associant une dessiccation discale débutante de C4 – C5 à C6 – C7 et une déchirure de l'anneau discal fibreux à ces trois étages venant jusqu'en surface. En C4 – C5, débord discal circonférentiel harmonieux. En C5 – C6, discuncarthrose gauche avec saillie foraminale droite en conflit avec la racine C6 droite. En C6- C7, protrusion discale médiane avec hernie discale foraminale gauche venant en conflit avec la racine C7 gauche ;
- un rapport de consultation du 1^{er} décembre 2015 du docteur R_____, radiologue FMH, selon lequel « le patient a bénéficié d'une nouvelle IRM révélant clairement une hernie discale C6 – C7 gauche en conflit avec la racine C7 gauche et une hernie discale C5 – C6 droite. L'électromyogramme ne retient aucun signe d'urgence. L'IRM révèle également une inversion de la lordose cervicale avec un patient présentant une cervicalgie invalidante. La douleur première est située d'irradiation brachiale. La 2^{ème} douleur est scapulaire interne, d'allure et de projection facettaire. A l'appui facettaire, on note une douleur élective prioritaire en C2 – C3, C5 – C6 et C6 – C7 d'allure facettaire étagée. Nous expliquons donc au patient que nous proposons comme convenu de trois blocs de la douleur. »

63. Le 29 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle des parties.

Le recourant a déclaré :

« J'ai des douleurs qui sont en constante augmentation. Elles concernent la nuque, le thorax, parfois les mains, le bas du dos, les jambes. Elles augmentent à l'effort, notamment lorsque je fais des mouvements avec les mains. J'ai également des maux de tête permanents et la sensation que je n'arrive pas à porter ma tête. J'ai d'importants troubles du sommeil. Je suis parfois réveillé en raison des douleurs et je n'arrive parfois pas à me rendormir du tout. J'ai questionné le médecin du Service de de santé des HUG sur une éventuelle opération, mais celui-ci me l'a fortement déconseillé. Il a dit que c'était très risqué, car j'ai plusieurs vertèbres qui sont lésées et une opération pourrait même augmenter les douleurs.

Les activités du quotidien sont très limitées. Je ne m'occupe pas du ménage ; j'accompagne de temps en temps mes enfants à l'école. En raison de l'augmentation des douleurs, j'ai fait une IRM en novembre 2015 qui, selon mon médecin, a montré une péjoration avec une hernie discale, une arthrose cervicale et une lordose cervicale, notamment. On m'a proposé des infiltrations, mais les autres médecins que j'ai consultés me l'ont déconseillé. Le Dr E_____ a évoqué une

amélioration de mon état de santé en janvier 2013 car, à cette époque, j'avais insisté auprès de lui pour retrouver un travail, en pensant que cela pourrait m'aider dans la gestion de mes douleurs et je lui ai également dit que mon moral allait mieux. Il m'avait promis qu'il allait m'aider dans cette démarche.

Durant le stage chez PRO, j'ai essayé de faire le maximum en supportant la douleur et en changeant de position. J'ai effectué des travaux administratifs sur ordinateur, du classement, de l'étiquetage, j'ai arrangé des boîtes, un travail de buanderie et de réception. J'ai souvent dû changer de position, car j'avais des fourmillements dans les jambes, ainsi que des douleurs. Je suis suivi par le Dr F_____ que je vois une à deux fois par mois, en fonction des douleurs. J'ai toujours envie de travailler et j'aimerais bien trouver un travail compatible avec mes problèmes de santé. J'ai essayé de trouver un travail aux B_____, mais ceux-ci ont refusé, même un stage à 50%. »

La représentante de l'OAI a déclaré :

« Juridiquement, nous maintenons que la décision litigieuse est un refus d'entrer en matière sur la rente. Nous considérons que le rapport du 13 juillet 2013 de la Dresse U_____ était clair. Dans le cas contraire, nous n'ordonnons jamais directement une expertise médicale, mais nous devons repasser par le SMR, qui a le pouvoir de décider des instructions médicales.

Nous avons considéré qu'une activité dans l'industrie légère était possible et qu'elle consistait donc en une mesure simple et adéquate, de sorte qu'un reclassement n'est pas justifié. Dans le cas du recourant, il était au bénéfice d'un diplôme d'aide-soignant. Même si la formation antérieure est prise en compte, dans ce cas-là, il ne se justifie pas qu'une mesure de reclassement soit ordonnée. A la lecture du recours, je constate que M. A_____ demande principalement une rente et qu'il ne se sent pas spécialement apte à travailler. »

L'avocat de l'assuré a déclaré :

« Mon client veut clairement retravailler ; il souhaite donc une mesure professionnelle. Mais, lorsqu'on lit les conclusions du rapport de l'entreprise PRO, on peut avoir des doutes sur la capacité de travail de M. A_____.

S'il s'agit d'une décision de non-entrée en matière, comme l'estime l'OAI, nous estimons que l'aggravation a été suffisamment vraisemblable pour que l'OAI entre en matière sur la demande de révision. S'il s'agit d'une décision de refus de rente, le dossier n'a manifestement pas été instruit suffisamment du point de vue médical. »

64. Le 17 mars 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise à la doctoresse V_____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, et leur a fixé un délai au 26 avril 2016 pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'experte et sur la mission d'expertise.
65. Le 4 avril 2016, le Dr S_____, du SMR, a indiqué qu'il n'avait pas de question complémentaire à poser.
66. Le 25 avril 2016, l'assuré a requis une modification des questions de la mission d'expertise, en ce sens que l'aggravation de l'état de santé devait être appréciée depuis la date de l'expertise du Dr I_____ et non pas depuis la dernière décision de l'OAI du 9 février 2009.
67. Le 3 mai 2016, l'OAI a observé que l'objet du litige ne concernait que le droit à d'éventuelles mesures professionnelles, le droit à la rente ayant été rejeté par arrêt de la chambre de céans du 30 mai 2011 ; l'OAI avait refusé d'entrer en matière sur le droit à la rente de l'assuré, celui-ci n'ayant apporté aucun élément susceptible de faire penser à une éventuelle détérioration ultérieure de son état de santé.

Partant, les questions posées à l'expert relatives à une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant devaient être supprimées de la mission d'expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles et une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si la décision litigieuse comporte un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 4 juin 2013.
4. a) Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres

investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

5. En l'occurrence, après réception de la demande de prestations du 4 juin 2013, l'intimé a sollicité du recourant le 10 juin 2013 la démonstration d'une aggravation probante de son état de santé ; le recourant a fourni des rapports médicaux des

Drs E_____ du 24 janvier 2013 et F_____ du 27 juin 2013. Le 21 août 2013, le Dr S_____, du SMR, a estimé que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé ; l'intimé a ensuite mis en place un stage chez l'entreprise Pro, laquelle a conclu le 10 mars 2015 à une capacité de travail du recourant nulle sur le marché du travail, après quoi, la Dresse U_____, du SMR, a été sollicitée et s'est prononcée, dans un avis du 13 juillet 2015, en confirmant que le recourant était apte à travailler à 80% dans une activité adaptée. Sur quoi, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 27%, soit identique à celui calculé en 2009.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision litigieuse s'est bien prononcée sur le droit à une rente d'invalidité du recourant, dans le cadre d'une demande de révision initiée en juin 2013, et qu'à aucun moment l'intimé n'a rendu de décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, en particulier après l'avis du Dr S_____ du 21 août 2013, lequel considérait que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'était pas attestée par les médecins-traitants de celui-ci. Au contraire, l'intimé a mis en place une orientation professionnelle et, suite au rapport de stage, a sollicité le SMR pour qu'il se prononce à nouveau sur la capacité de travail du recourant.

Par ailleurs, la décision litigieuse s'intitule « refus de rente d'invalidité » et conclut ce qui suit : « d'autres mesure professionnelles ne sont pas indiquées. Le droit à la rente d'invalidité n'est pas reconnu. » Elle fait état d'une nouvelle demande de prestations du recourant de juin 2013 et explique qu'après la mise en place d'une orientation professionnelle, le degré d'invalidité du recourant reste inchangé, l'exigibilité précédemment définie par le SMR étant toujours d'actualité.

L'objet du litige porte ainsi tant sur le refus d'octroyer au recourant d'autres mesures professionnelles que sur le droit à une rente d'invalidité.

6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

f. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

g. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral

des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est

nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 9 février 2009, avec une incidence sur sa capacité de travail, de telle sorte que son degré d'invalidité serait supérieur à 27%, étant précisé que celui-ci a été arrêté dans la décision précitée et calculé sur la base d'une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée. Par ailleurs, il convient également de déterminer si, en toute hypothèse, le recourant a droit à d'autres mesures professionnelles.

La chambre de céans constate que les médecins-traitants du recourant ont attesté d'une capacité de travail de celui-ci de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (avis des Drs E_____ du 24 janvier 2013 et F_____ du 27 juin 2013), que le Dr R_____ a fait état, le 1^{er} décembre 2015, du rapport d'IRM du 16 novembre 2015 en mentionnant des conclusions différentes de celles du rapport d'IRM du 11 janvier 2007 et que le rapport de stage de l'entreprise Pro du 10 mars 2015 a conclu à une capacité de travail nulle dans le circuit économique normal, le rendement, dans une activité la mieux adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant étant, au maximum, de 25%.

Ces estimations et évaluations vont dans le sens d'une aggravation plausible de l'état de santé du recourant. S'agissant de l'avis de la Dresse U_____, du SMR, du 13 juillet 2015 – selon lequel le rapport de stage chez Pro confirmerait une capacité de travail dans le circuit économique normal de 100%, avec une diminution de rendement de 20% - outre qu'il est très sommaire, n'est pas probant, les

conclusions du rapport de stage chez Pro faisant état non pas d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%, mais bien d'une capacité de travail nulle du recourant. Or, dans le cas, comme en l'espèce, où les conclusions de l'observation professionnelle divergent sensiblement de l'appréciation médicale, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'intéressé ; tel n'est manifestement pas le cas de l'avis de la Dresse U_____ du 13 septembre 2015, sommairement motivé et contradictoire. En outre, dans le cas, comme en l'espèce, où le rapport d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (consid. 8 h. supra).

13. Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner un tel complément d'instruction par le biais d'une expertise judiciaire rhumatologique, laquelle sera confiée à la docteure V_____, FMH rhumatologie et médecine interne générale.
14. Après avoir pris connaissance du projet de mission d'expertise, les parties ont formé des observations.

S'agissant des observations de l'intimé, il convient de relever que, comme exposé ci-avant (consid. 5), l'intimé n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, mais bien une décision de refus de rente d'invalidité, de sorte que les questions portant sur l'aggravation éventuelle de l'état de santé du recourant sont pertinentes et seront maintenues.

S'agissant des observations du recourant, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence précitée, le point de savoir si une aggravation de l'état de santé s'est produite doit être apprécié en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision de l'intimé reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit en l'occurrence la décision du 9 février 2009 et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse, en l'occurrence la décision du 12 novembre 2015 (consid. 6 supra).

Partant, les questions 8 et 10 b. ne seront pas modifiées.

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

Statuant

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse V_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment les Drs F_____, E_____ et R_____.
 - C. Examiner M. A_____.
 - D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 - 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - 5. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 - 7. L'état de santé de M. A_____ s'est-il aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations de l'OAI du 9 février 2009 ? Si oui, de quelle manière ? En particulier, cette aggravation a-t-elle conduit à une capacité de travail inférieure à celle fixée antérieurement par l'OAI, soit de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dans une activité adaptée ?
 - 8. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ peut-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
b) Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
c) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

9. a) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - b) De nouvelles limitations fonctionnelles sont-elles apparues depuis la dernière décision de l'OAI de refus de prestations du 9 février 2009 ?
 - c) En particulier, le rapport d'IRM du 16 novembre 2015 atteste-t-il de nouveaux diagnostics par rapport au rapport d'IRM du 11 janvier 2007 ? Veuillez expliciter votre réponse. Si oui, ces nouveaux diagnostics entraînent-ils de nouvelles limitations fonctionnelles ?
 - d) En particulier, de nouveaux diagnostics et / ou de nouvelles limitations fonctionnelles sont-ils apparus depuis l'expertise du Dr I_____ du 9 juin 2008 et, cas échéant, depuis quelle date ?
10. a) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ du 27 juin 2013 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de M. A_____ dans une activité adaptée de 50 %? Si non, pourquoi ?
 - b) Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse U_____, du SMR, du 13 juillet 2015 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de M. A_____ dans une activité adaptée de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %? Si non, pourquoi ?
 - c) Etes-vous d'accord avec les conclusions du rapport de stage de l'entreprise PRO du 10 mars 2015 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans le circuit économique normal ? Si non, pourquoi ?
11. Quel est le pronostic ?
 12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, lesquelles ?
 13. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le