



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4828/2017

ATAS/571/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Me Andres PEREZ

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1961, exerçant la profession de déménageur, a été victime d'une chute dans les escaliers le 22 juin 2004.

Le cas a été pris en charge par la SUVA.

2. Il a déposé une demande de rente AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le 12 décembre 2005.
3. Dans une note du 6 septembre 2006, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a proposé de mettre en œuvre un examen bidisciplinaire au SMR, rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assuré.
4. Un examen clinique rhumatologique a été réalisé par le SMR le 27 novembre 2007. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail retenu est celui de discrets syndromes lombaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L5-S1 médiane non compressive et insuffisance posturale. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il est relevé ceux de cervicobrachialgies sans substrat organique, déconditionnement physique, status post amygdalectomie en 1992 ou 1993, otites à droite à répétition et troubles fonctionnels divers.

La capacité de travail dans l'activité habituelle de déménageur est nulle, susceptible toutefois d'être améliorée par un reconditionnement. Toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques (pas de position statique prolongée debout, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux, port de charges limité à 15 kilos occasionnellement, pas de travail à la chaîne ni sur machine vibrante, et possibilité de changer de position) est cependant exigible à 100%, sans aucune diminution du rendement justifiée par une atteinte médicale.

5. Par décision du 18 août 2008, l'OAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée. Il s'est fondé sur les conclusions de l'examen auquel a procédé le SMR le 27 novembre 2007 et a conclu à un degré d'invalidité de 7,5%, après avoir comparé un revenu sans invalidité de CHF 57'600.- et un revenu avec invalidité de CHF 53'276.-.
6. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 22 mai 2013.
7. Par courrier du 2 août 2013 rédigé à l'attention de l'OAI, le docteur B_____, spécialiste en médecine générale, a déclaré qu'il avait adressé l'assuré au docteur C_____, psychiatre, lequel avait reconnu une psychopathologie de l'immigration avec difficulté d'intégration sociale. Le Dr B_____ considère dès lors qu'il s'agit d'un problème plus psychiatrique que physique et non pas d'une aggravation.
8. Dans un rapport du 20 octobre 2013, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de troubles hypocondriaques et de personnalité narcissique, précisant que l'assuré le consultait depuis novembre 2012. Selon le médecin, le pronostic est mauvais, le

patient étant incapable de se projeter. Il ne se prononce pas sur le taux d'incapacité de travail.

9. L'OAI a confié à la doctoresse D_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et au professeur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie dans le même département, la mission d'expertiser l'assuré. Un rapport a été établi par ces médecins le 18 juillet 2014.

Ils ont considéré que « sur le plan physique, l'assuré était incapable de travailler à 100% dans son activité de déménageur. Sur le plan psychique, celui-ci présente une diminution de la concentration, un manque d'entrain et d'énergie, une baisse de motivation en lien avec un état dépressif modéré qui pourrait être traité et lui permettre de reprendre une activité lucrative. Aussi est-il apte à exercer une activité professionnelle simple à 100%, correspondant à ses limitations psychiques et physiques (discret syndrome lombaire dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L5-S1 médiane non compressive et insuffisance posturale). On peut imaginer que l'assuré peut assumer un travail individuel simple, sans exigence majeure de rendement, qui ne demande pas beaucoup de responsabilité et qui n'est pas stressant pour lui. À l'heure actuelle, le rendement est diminué au vu du déconditionnement physique de l'assuré et de son état dépressif ».

10. Dans une note du 1^{er} octobre 2014, le médecin du SMR a dressé une liste de questions complémentaires à poser aux experts, au vu des discordances entre les atteintes décrites comme incapacitantes et une capacité de travail évaluée comme entière.
11. Le 20 avril 2015, le médecin du SMR s'est fondé sur l'examen rhumatologique du SMR réalisé en 2007 - compte tenu du fait que le médecin traitant signale un état inchangé sur le plan rhumatologique -, et sur l'expertise psychiatrique, et en a conclu que l'assuré ne présentait pas d'aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique, et que l'atteinte psychique n'était pas incapacitante.
12. Par décision du 26 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande.
13. L'assuré a recouru le 18 janvier 2016 contre ladite décision, faisant valoir que l'expertise du 18 juillet 2014 et son complément du 27 octobre 2014 n'avaient pas valeur probante et rappelant que le SMR lui-même l'avait critiquée, tant sur le fond que sur la forme.
14. Par arrêt du 29 novembre 2016 (ATAS/994/2016), la chambre de céans a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a en effet nié toute valeur probante à l'expertise du 18 juillet 2014, même complétée.

Elle a relevé que le médecin traitant ne faisait pas état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique, mais signalait l'apparition d'un « problème plus psychiatrique que physique », raison pour laquelle du reste il avait recommandé à son patient de consulter le Dr C_____. Elle a dès lors considéré

que c'était à juste titre que le SMR avait retenu les conclusions de l'examen rhumatologique effectué au SMR le 27 novembre 2007, soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, dans la mesure où il n'y avait pas de nouvelle atteinte à la santé et que les limitations fonctionnelles étaient restées les mêmes. Elle a en revanche constaté qu'aucun examen sur le plan psychique n'avait accompagné le rapport du 27 novembre 2007, ce quand bien même le médecin du SMR avait proposé de mettre en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique, et que curieusement, le médecin ayant signé le rapport rhumatologique figurait sur la liste des médecins FMH (www.doctorfmh.ch) sous « médecine interne générale », mais indiquait qu'elle était psychiatre en bas de page du rapport.

15. Pour faire suite à l'arrêt de la chambre de céans, l'OAI a confié au docteur F_____, psychiatre, la mission d'expertiser l'assuré.
16. Le rapport d'expertise a été établi le 21 juillet 2017.

L'expert a retenu une baisse thymique progressive et significative depuis au moins une dizaine d'années évoluant avec des hauts et des bas. Cette thymie ne s'accompagne cependant pas d'anhédonie ni d'aboulie ni de trouble de la concentration significatif et n'est pas présente la plupart de la journée comme dans les épisodes dépressifs caractérisés. L'expert pose dès lors le diagnostic de dysthymie depuis plus d'une décade, ainsi que de traits de la personnalité anxieuse et narcissique actuellement non décompensés.

Il relève que les douleurs intenses et persistantes diffuses, alors que la détresse de l'assuré est réelle à cause de douleurs évoluant avec des hauts et des bas depuis au moins 2004, restent actuellement la plainte principale.

L'expert a examiné les critères de gravité du trouble somatoforme douloureux persistant selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 et repris un à un les indicateurs applicables, étant précisé qu'un tel trouble apparaît comme possible vu le contexte somatique insuffisant pour expliquer les douleurs. Il en conclut que les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ne sont pas remplis, tenant compte d'une dysthymie, mais pas d'un épisode dépressif récurrent moyen ou sévère sans isolement social total et sans limitations fonctionnelles significatives. Il retient plutôt, dans le cas où il n'y a pas de substrat organique, le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54), plutôt que celui de trouble douloureux somatoforme persistant.

La capacité de travail est de 100%, avec une baisse de rendement de 30%, d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée au status somatique. La recherche d'une activité adaptée devrait être réalisée après un bilan de compétences et surtout du status somatique, mais aussi en tenant compte des désirs de l'assuré qui envisagerait peut-être un emploi dans la sécurité. La situation n'est pas

stabilisée et devrait être réévaluée dans une année en fonction de l'évolution après la mise en place des mesures thérapeutiques susmentionnées.

17. Dans sa note du 18 septembre 2017, le médecin du SMR a relevé que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychique incapacitante selon la LAI, ni la dysthymie ni le syndrome douloureux somatoforme n'étant considérés comme incapacitants. Aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue sur le plan psychique.

Il a rappelé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de déménageur depuis 2004 selon l'expertise du 27 novembre 2007, mais restait entière dans une activité adaptée qui tient compte des limitations fonctionnelles rhumatologiques, soit pas de port de charges supérieur à 15 kg, pas de flexion-rotation du tronc en porte-à-faux, alternance des positions assise et debout, pas d'utilisation de machine vibrante.

18. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 25 septembre 2017, selon lequel la demande de prestations était rejetée.

Par décision du 6 novembre 2017, il a confirmé ce rejet.

19. L'assuré, représenté par Me Hamza ZEKRI, a interjeté recours le 5 décembre 2017 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à l'audition des docteurs B_____ et C_____, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 6 novembre 2017 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2005 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

Il ne comprend pas pour quelle raison le SMR a considéré qu'il ne présentait aucune atteinte psychique incapacitante, alors que le Dr F_____ préconise une réévaluation de sa situation après une année. Il reproche également au SMR de passer sous silence les douleurs physiques et rhumatologiques dont il souffre.

Il souligne qu'il est incapable de reprendre une activité professionnelle, ce qui est attesté par le Dr B_____ et par le docteur G_____, spécialiste en médecine interne, le 3 septembre 2013, ni même, à lui seul, de se réinsérer professionnellement.

20. Dans sa réponse du 30 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, rappelant qu'il se fondait sur le rapport d'expertise du Dr F_____ du 21 juillet 2017, lequel répond aux requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et sur l'avis du SMR du 18 septembre 2017.

21. Par courrier du 27 février 2018, l'assuré s'est expressément référé à ses écritures du 5 décembre 2017 et a persisté dans ses conclusions.

22. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition du Dr C_____ le 4 décembre 2018. Ce dernier a déclaré que

« Je suis le médecin traitant psychiatre de Monsieur A_____ depuis fin 2012.

Je ne peux pas poser de diagnostic en particulier. L'assuré souffre de problèmes d'insertion, d'intégration en Suisse. Il présente des maladies psychosomatiques

pour lesquelles il a eu de nombreux arrêts de travail. Sa vie professionnelle a été de ce fait chaotique. S'il ne peut pas travailler, depuis 2006-2008, c'est en raison de ses problèmes psychiques. Il a une véritable souffrance au niveau de l'intégration, il rencontre également d'importants problèmes familiaux et a toujours des difficultés à parler le français.

L'assuré est venu à ma consultation en raison d'insomnies rebelles. Je lui ai prescrit du Seroquel. Il gère depuis ses insomnies. Ce médicament a aussi un effet antidépresseur.

L'assuré me consulte très régulièrement, tous les 15 jours, à l'époque une fois par semaine. Tout ce qui s'est passé en relation avec la procédure l'a beaucoup déstabilisé. Je pense qu'il n'y a pas eu de changement véritablement dans son état de santé psychique, J'ai réussi à faire en sorte qu'il sorte plus souvent de chez lui pour des promenades. Il a par ailleurs des amis avec lesquels il sort, mais il reste solitaire d'une façon générale et apathique. Je ne peux pas confirmer le diagnostic de trouble dépressif récurrent qu'avait retenu un expert en 2015, bien que je souligne que l'assuré n'a pas une vie facile. Je dirais que la pathologie physique traduit les éléments psychiques.

Je voudrais souligner le contexte familial lourd sur le plan psychiatrique, un frère aîné a été condamné à effectuer une peine en hôpital psychiatrique après avoir assassiné un ami de l'assuré, un autre frère s'est suicidé et l'une de ses filles est particulièrement fragile. Mon patient ne présente pas de psychose quant à lui mais je dirais qu'il peut y avoir des psychoses non déclarées.

Je ne pense pas que l'assuré pourrait travailler sur le marché ordinaire du travail, il devrait être à mon avis intégré dans un atelier type protégé.

Il n'est pas réaliste de penser qu'il pourrait travailler. Il n'a du reste pas de formation et n'a pu exercer que des activités de manutentionnaire, etc. ».

23. Le médecin du SMR s'est déterminé le 10 décembre 2018. Il relève que le Dr C_____ « ne peut pas poser de diagnostic et que l'assuré est surtout gêné par ses problèmes d'insertion et d'intégration. Il indique qu'avec le traitement de Seroquel, les insomnies sont gérées. L'assuré conserve des activités et des loisirs. Il indique cependant que l'assuré ne peut pas travailler et justifie cela par des facteurs extra-médicaux, absence de formation, de maîtrise de la langue, etc. Au vu de ce qui précède, le procès-verbal d'enquête du 4 décembre 2018 ne modifie pas les conclusions du rapport final SMR du 18 septembre 2017 ».

Par courrier du 14 janvier 2019, l'OAI a déclaré se rallier à l'appréciation du SMR et a persisté dans ses conclusions.

24. Le 1^{er} février 2019, l'assuré a contesté le bien-fondé de l'avis de l'OAI et a rappelé qu'il est suivi par le Dr C_____ depuis la fin de l'année 2012, ce qui a été confirmé par ce dernier lors de son audition. Il relève que le médecin a indiqué en audience qu'il « présente des maladies psychosomatiques. Sa vie professionnelle a été de ce fait chaotique. S'il ne peut pas travailler, depuis 2006-2008, c'est en raison de ses problèmes psychiques » et a conclu que « je ne pense pas que l'assuré

pourrait travailler sur le marché ordinaire du travail, il devrait être à mon avis intégré dans un atelier type protégé », avant de préciser qu'« il n'est pas réaliste de penser qu'il pourrait travailler ».

25. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI, et singulièrement sur son degré d'invalidité.

a. Selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est

litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 109 V 108 consid. 2 p. 114; 117; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 3 e éd., n. 120, p. 456).

Il sied de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss).

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a en revanche 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

d. Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une

décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

4. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, de sorte que les constatations du Dr C_____ relatives à des facteurs non médicaux ne sauraient être prises en considération. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

6. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 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.

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).

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. À 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).

Selon l'art. 59 al.2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des

directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision AI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leurs connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. À cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009).

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). Ils 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).

7. a. 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).

b. 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).

c. 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).

8. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 18 août 2008, rejetant la demande de rente, vu le degré d'invalidité fixé alors à 7,5%, avec ceux prévalant au moment de la décision querellée. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il y a eu, depuis, aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Par arrêt du 29 novembre 2016 (ATAS/994/2016), la chambre de céans a considéré que c'était à juste titre que le SMR avait retenu les conclusions de l'examen rhumatologique effectué au SMR le 27 novembre 2007, soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, le médecin traitant indiquant le 2 août 2013 que l'état de santé de l'assuré était resté le même sur le plan rhumatologique. Elle a en revanche renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, considérant

que l'expertise psychiatrique des Drs D_____ et E_____ du 18 juillet 2014 n'avait pas valeur probante. L'OAI a alors mandaté le Dr F_____ et s'est fondé sur le rapport d'expertise établi par celui-ci, ainsi que sur l'avis du SMR du 18 septembre 2017, pour rendre la décision litigieuse.

9. Il s'agit, préalablement, d'examiner si le rapport d'expertise et l'avis du SMR ont valeur probante.

L'expertise réalisée par le Dr F_____ se fonde sur des examens complets effectués en connaissance du dossier médical. L'expert a tenu compte des plaintes exprimées par l'assuré. Ses conclusions sont claires et motivées, de sorte que l'expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Tel n'est en revanche pas le cas de l'avis du SMR.

En effet, selon l'expert, la capacité de travail de l'assuré est de 100%, avec une baisse de rendement de 30%, d'un point de vue psychiatrique, dans toute activité adaptée au status somatique. Il a considéré que ni la dysthymie, ni le trouble somatoforme douloureux n'étaient incapacitants.

Or, le SMR en a conclu, dans sa note du 18 septembre 2017, que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychique incapacitante selon la LAI et a dès lors retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles rhumatologiques, soit pas de port de charges supérieur à 15 kg, pas de flexion-rotation du tronc en porte-à-faux, alternance des positions assise et debout, pas d'utilisation de machine vibrante. Il n'explique pas pourquoi il ne fait pas cas de la baisse de rendement de 30% retenue par l'expert.

En outre, l'expert a indiqué que la recherche d'une activité adaptée devrait être réalisée après un bilan de compétences et surtout du status somatique, mais aussi en tenant compte des désirs de l'assuré qui envisagerait peut-être un emploi dans la sécurité. Il ajoute que la situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans une année en fonction de l'évolution après la mise en place des mesures thérapeutiques susmentionnées.

Le SMR ignore toutefois cette observation.

Force est ainsi de constater que le SMR s'écarte des conclusions du Dr F_____ sans aucune explication, tout en affirmant se fonder sur celles-ci.

10. L'assuré conteste les conclusions de l'expertise du Dr F_____ en tant qu'elles évaluent sa capacité de travail à 100% avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée. Il considère en effet qu'il ne peut plus travailler, quelle que soit l'activité envisagée. À sa demande, la chambre de céans a entendu le Dr C_____ le 4 décembre 2018. Celui-ci toutefois a déclaré qu'il ne pouvait pas poser de diagnostic en particulier. Il ne peut à cet égard pas confirmer le trouble dépressif récurrent retenu par l'expert en 2015, mais souligne que l'assuré n'a pas la vie facile. Il insiste ainsi sur les difficultés d'intégration en Suisse rencontrées par l'assuré, ses problèmes familiaux et son manque de formation.

Il convient en conséquence de se fonder sur la capacité de travail telle qu'elle a été évaluée par l'expert, à savoir une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 30%.

11. Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré, en procédant à la comparaison des gains réalisés avant et après l'invalidité (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

12. a. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325, 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'ESS suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000; cf. aussi arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2, in REAS 2004 p. 239).

- b. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le

revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative, qu'ils soient dus à l'invalidité ou étrangers à l'assurance-invalidité (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), n° 3067.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une

telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Il doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25% [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73).

13. En l'espèce, le salaire sans invalidité correspond au dernier salaire obtenu par l'assuré en qualité de déménageur en 2004, soit CHF 57'600.- (CHF 4'800 x 12), et le revenu avec invalidité, au chiffre pris en considération par l'OAI sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans sa décision du 18 août 2008, afin de rester sur des bases temporelles identiques, compte tenu de la baisse de rendement de 30% résultant de l'expertise du Dr F_____, ce qui donne CHF 37'293.-.

La chambre de céans est par ailleurs d'avis qu'il se justifie en l'espèce d'admettre une réduction de 10%. En effet, l'assuré est âgé de 56 ans en 2017 et a été absent de façon prolongée du marché du travail (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C 82/2017).

On obtient, en comparant le revenu sans invalidité et celui avec invalidité, compte tenu d'un taux d'abattement supplémentaire de 10%, un degré d'invalidité de 42%, ce qui ouvre le droit de l'assuré à un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI) à compter du 1^{er} décembre 2013 (art. 29 LAI).

Aussi le recours est-il partiellement admis.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 6 novembre 2017.
4. Dit que l'assuré a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2013.
5. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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