

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/843/2013

ATAS/1011/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 septembre 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LAVASSANI Madjid

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1956 et originaire du Portugal, est divorcé et père de deux filles nées en 1977 et 1979. Il a travaillé en Suisse de 1987 à 1996, ainsi qu'à partir de juillet 2001, en tant que maçon. En 2009, son salaire mensuel était de 5'461 fr. Le contrat de travail a été résilié pour le 30 juin 2010.
2. Depuis le 23 octobre 2008, une incapacité de travail totale est attestée, puis de 50 % à compter du 17 novembre 2008.
3. Selon le rapport du 21 septembre 2008 du Dr B_____, généraliste, l'intéressé souffre de gonalgie avec épanchement du genou, de diabète type II, d'hyperlipidémie et d'une dépendance éthylique.
4. Dans son rapport du 7 novembre 2008, le Dr C_____ atteste des lombalgies communes.
5. Le 6 décembre 2008, le Dr D_____, rhumatologue, diagnostique également des lombalgies communes, tout en précisant que l'affection est en voie de guérison et que l'assuré pourra reprendre son travail à 100 % à partir du 20 décembre 2008. D'ores et déjà, il a repris son travail à 50 %.
6. Le 12 février 2009, le Dr B_____ confirme le diagnostic et une reprise à 50 % du travail à partir du 17 novembre 2008.
7. En mars 2009, l'intéressé dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue de mesures de réadaptation professionnelle.
8. Dans son rapport du 27 mars 2009, le Dr B_____ confirme ses diagnostics et l'incapacité de travail attestée précédemment. Il signale également un cancer de la prostate.
9. Dans le cadre de l'intervention précoce de l'invalidité, l'assuré est reçu le 7 avril 2009 par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI). Selon le rapport d'évaluation de la même date, l'assuré ne serait probablement pas capable de bien comprendre les consignes données en français, ni de passer un entretien d'embauche. En raison du niveau d'intégration et scolaire très bas, ainsi que de l'alcoolisme, le rapport conclut que les conditions ne semblent pas réunies pour la mise en place de mesures professionnelles. Si l'activité habituelle ne s'avérait pas être exigible à 100 %, des cours de français seraient nécessaires pour favoriser le changement de profession.
10. Le 7 mai 2009, l'assuré subit une prostatectomie radicale. Cette opération entraîne une incapacité de travail totale du 6 mai au 15 août 2009.
11. L'assuré s'étant inscrit à un cours de français intensif du 3 juin au 7 juillet 2009, l'OAI lui communique le 3 juin 2009 qu'il prendra en charge les frais de ce cours.
12. Le 7 août 2009, l'OAI communique à l'assuré que des mesures de réadaptation ne sont actuellement pas possibles en raison de son état de santé et qu'il continuera l'instruction du dossier au vu de la reprise d'activité en août 2009.

13. En octobre 2009, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, procède à une expertise de l'assuré. Il signale une très légère incontinence, une impuissance et surtout des douleurs lombaires en barres irradiant dans les deux hanches et la face antérieure de la cuisse gauche. Les douleurs sont supportables le matin dans l'activité de maçon, mais deviennent intolérables l'après-midi, lorsque la sollicitation lombaire a été soutenue. L'état est stationnaire depuis le contrôle du 21 octobre 2008, à l'exception de l'opération du cancer de la prostate. Le Dr E_____ diagnostique des lombalgies bilatérales et une probable cruralgie gauche. A cela s'ajoutent une hypertension artérielle et un diabète non insulino-dépendant. L'assuré est limité dans tous les mouvements impliquant une mobilisation de la colonne lombaire au-delà de quatre heures par jour. Une activité de surveillance de chantier ou de bureau, ne mettant pas à contribution trop forte la colonne lombaire, serait compatible avec ces handicaps et permettrait un taux d'activité à 100 %, étant précisé toutefois que la formation de l'assuré ne permet probablement pas d'envisager un recyclage très poussé.
14. Le 26 novembre 2009, l'employeur de l'assuré informe l'OAI que ce dernier a repris le travail le 19 août 2009 à 50 % et que l'entreprise n'a aucune possibilité de l'employer dans un autre travail.
15. Le 7 décembre 2009, le Dr B_____ atteste que l'état de l'assuré s'est aggravé en raison du cancer de la prostate. La capacité de travail est de 50 % dans le poste actuel.
16. Du 18 octobre au 12 novembre 2010, l'assuré participe à la première phase d'un atelier d'évaluation des Etablissements publics pour l'intégration (EPI). La conclusion des maîtres socio-professionnels est la suivante :

"Cette première phase a permis à [l'assuré] de montrer de bonnes aptitudes d'intégration sociale. Son engagement dans tous les types d'activité et son adaptation à la nouveauté ont été constants. Au cours de certaines activités, il a eu besoin d'aide pour trouver une méthode adéquate. Il a eu besoin d'aide dans plusieurs tâches faisant appel à son sens de l'abstraction. [L'assuré] a dénoté avoir un manque d'habileté manuelle dans les tâches à motricité fine et a eu recours à un surplus d'attention dans ce type d'activités. A cause d'un léger défaut d'acuité visuelle, il n'a pas pu effectuer le contrôle rigoureux des activités de tri. A ce jour, il n'a pas de connaissances de l'outil informatique à faire valoir et son niveau de français a péjoré certains types d'interactions. Dans la plupart des travaux, [l'assuré] s'est régulièrement plaint de douleurs au dos, parfois exacerbées, ainsi que de douleurs aux cervicales. Il a dû constamment marquer des pauses additionnelles en cours d'activité, ce qui l'a conduit à un temps de réalisation très élevé dans la plupart des travaux. Le taux de rendement mesuré en atelier d'assemblages et de conditionnements sériels est largement inférieur à celui exigé dans le premier marché de l'emploi."

Jugeant que l'assuré est actuellement trop éloigné du premier marché de l'emploi, les EPI ont renoncé à prolonger la mesure.

17. En novembre 2010, l'assuré est soumis à un examen clinique rhumatologique au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Dans son rapport du 5 janvier 2011, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, pose les diagnostics de lombo-sciatalgie gauche et cervico-scapulalgie bilatérale dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec canal lombaire étroit et de syndrome rotulien bilatéral avec épanchement du genou gauche. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : fibromyalgie, status après prostatectomie radicale, obésité, alcool-tabagisme chronique, hyperlipidémie traitée, diabète non insulino-requérant et hypertension artérielle traitée. A titre de limitations fonctionnelles, ce médecin mentionne la nécessité d'alterner deux fois par heure les positions assise et debout, l'absence de soulèvement régulier de charges de plus de cinq kilos, l'absence de port régulier de charges de plus de douze kilos, l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ou avec des vibrations, l'absence de genuflexions répétées, de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Il y a une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de maçon du 23 octobre au 17 novembre 2008, de 50 % du 18 novembre 2008 au 5 mai 2009, de 100 % du 6 mai au 18 août 2009 et de 50 % du 19 août 2009 à fin décembre 2009. Depuis janvier 2010, l'incapacité de travail est totale dans l'activité de maçon. Cependant, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est complète depuis le 18 novembre 2008, à part l'incapacité de travail complète transitoire consécutive à la prostatectomie.
18. En raison de la fibromyalgie diagnostiquée, une expertise psychiatrique est effectuée en mai 2011 par le Dr G_____. Dans son rapport du 23 juin 2011, l'expert ne pose aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Dans les diagnostics sans répercussion sur cette capacité, il mentionne un éventuel trouble somatoforme douloureux et "sujet frustré". La consommation d'alcool ne paraît pas avoir posé un rôle majeur dans la prescription de l'arrêt de travail depuis 2008. Par ailleurs, l'assuré est vigile et ne présente pas de foetor éthylique. Dans les plaintes, l'assuré évoque des lombalgies basses, qui ne paraissent cependant plus être au premier plan. La capacité de travail est totale d'un point de vue psychique. Il n'y a en outre pas d'absence d'intégration sociale, l'assuré ayant conservé de bonnes relations avec ses filles, a régulièrement des petites-amies et peut compter sur un couple d'amis chez qui il va manger régulièrement.
19. Selon la note du 15 juillet 2011 des EPI, l'assuré devrait bénéficier d'un suivi de type coaching pour l'aider à trouver un stage d'embauche et pérenniser le poste par la suite directement en lien avec l'employeur, dans les domaines d'opérateur sur machines simples (serrurerie, injections plastiques, productions diverses). Selon la note de travail du 2 décembre 2011 du gestionnaire du dossier à l'OAI, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) l'informe qu'il a mis en place une mesure auprès de

l'entreprise Intégration pour tous (IPT) dès le 28 octobre 2011. Dans la note de travail du 2 février 2012 de l'OAI, il est mentionné que l'assuré poursuit la mesure chez IPT et qu'il effectue un stage dans le domaine de la serrurerie depuis le 9 janvier 2012. Selon la note de travail du 24 février 2012 de l'OAI, l'OCE l'informe que le stage IPT dans le domaine de la serrurerie n'a pas été concluant, en raison de trop de positions debout statiques et de l'impossibilité d'alterner les positions. La mesure auprès d'IPT se poursuit néanmoins, afin d'explorer d'autres pistes professionnelles.

20. Selon l'avis médical du 14 mars 2012 de la Dresse H_____ du SMR, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle est nulle, mais totale dans une activité adaptée.
21. Le 19 mars 2012, l'OAI détermine la perte de gain de l'assuré à 22,36 %.
22. La note de travail du 18 avril 2012 de l'OAI indique que l'OCE l'informe que l'assuré est arrivé à la fin du délai-cadre et qu'il s'est inscrit auprès de l'Hospice général.
23. Le 30 mai 2012, l'intimé détermine le degré d'invalidité de l'assuré à 28 %.
24. Par communication du 30 mai 2012, l'OAI octroie à l'assuré des mesures d'orientation professionnelle du 11 juin au 9 septembre 2012.
25. Au terme de l'orientation professionnelle, dont l'horaire était de 40 heures par semaine et à laquelle l'assuré a participé à 100 %, avec une absence de 5 jours en raison d'une opération de la cataracte, les EPI concluent qu'il est apte à rejoindre le circuit économique normal dans un emploi à plein temps, essentiellement en position assise avec la possibilité d'alterner les positions de temps en temps pour soulager le dos et son genou. Le rendement est diminué d'environ 50 à 60% en raison de l'alternance des positions et du fait que l'assuré a de la peine à tenir un rythme régulier de travail sur toute la journée, étant rapidement fatigué et semblant souffrir de ses atteintes. L'objectif du stage était de valider, par des stages en entreprise, les orientations définies dans le cadre de la mesure Epifaire et de diriger l'assuré vers un reclassement pratique de courte durée ou une mise au courant. Les orientations émises dans le rapport Epifaire sont opérateur sur machines pré-réglées (mécanique, serrurerie), ouvrier à l'établi et ouvrier dans le secteur du conditionnement léger. L'orientation d'opérateur sur machines pré-réglées est finalement écartée lors du stage aux EPI, l'assuré expliquant qu'il n'arrive pas à maintenir la position debout sur un long terme et qu'il n'est pas très habile pour les travaux fins. Du 26 juin au 13 juillet 2012, l'assuré a effectué un stage chez I_____ en tant qu'ouvrier de conditionnement (préparation et confection d'emballages, montage de cartons, pose de barquettes dans les boîtes, emballage des chocolats, étiquetage). Le travail s'effectue à raison de 60 % en position assise et de 40 % en position debout. Le rythme de travail de l'assuré n'est pas très rapide, mais régulier, et l'engagement très bon. L'assuré s'est bien adapté aux tâches et son travail est de bonne qualité. Il alterne souvent les positions, sans être démonstratif, ni plaintif, ne

s'exprimant sur ses douleurs au dos que sur question. Les manipulations l'obligeant à faire des mouvements du tronc lui causent davantage de douleurs. Les aptitudes de l'assuré sont très bonnes (discret, ponctuel, assidu, bonne intégration). Du 23 juillet au 31 août 2012, l'assuré effectue un stage en tant qu'ouvrier à l'établi pour le sertissage de tubes en plastique chez J_____ SA, activité qui s'accomplit à 90 % en position assise. Cette position est bien tenue, mais l'assuré a besoin d'alterner de temps en temps, pour soulager son dos et son genou (petits déplacements dans l'atelier). Le rendement est de 50 à 60%. Une baisse de tonus est observée dans l'après-midi. La dextérité est moyenne et l'assuré a de la peine à s'exprimer en français et est difficile à comprendre. Néanmoins, il comprend les consignes très simples et, une fois celles-ci acquises, il est autonome. Quant à l'assuré, il juge le travail un peu monotone, mais qu'il arrive bien à le faire. Dans l'après-midi, il ressent souvent des douleurs dans le dos et doit prendre des médicaments en rentrant du travail.

26. Dans son rapport du 19 novembre 2012, le Service de la réadaptation professionnelle indique que la baisse de rendement constatée par les EPI ne lui permet pas de s'écarter de la capacité de travail entière dans une activité adaptée définie par le SMR, du fait que de nombreux diagnostics n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, comme la fibromyalgie, un possible trouble somatoforme et l'obésité. La faible intégration linguistique et la faible scolarisation dans son pays d'origine ne peuvent pas non plus être retenues comme invalidantes. Partant, il évalue le degré d'invalidité théorique sur la base de l'exigibilité médicale définie par le SMR et le détermine à 28 %.
27. Le 3 décembre 2012, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il lui refuse le droit à une rente d'invalidité.
28. Par décision du 5 février 2013, l'OAI confirme ce projet de décision, au motif que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est entière depuis le 18 novembre 2008, sauf durant la période qui a suivi la prostatectomie.
29. Par acte du 11 mars 2013, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures socioprofessionnelles afin de déterminer avec précision sa capacité de travail et de gain dans un domaine d'activités déterminé, plus subsidiairement à une mesure d'aide au placement, sous suite de dépens. Préalablement, le recourant conclut à la mise en œuvre d'une contre-expertise. Ce faisant, il se fonde notamment sur le rapport du Dr B_____, selon lequel il ne présente qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ainsi que sur les rapports d'évaluation professionnelle faisant état d'un rendement diminué. Il est nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire en raison de la contradiction entre les conclusions de l'examen rhumatologique du SMR et celles des rapports d'observation professionnelle. Le recourant considère également que l'intimé aurait dû effectuer

un taux de réduction de 25 % du salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé.

30. Dans sa réponse du 8 avril 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à la décision querellée en ce qui concerne la motivation. Il estime par ailleurs qu'il n'est pas justifié de mettre en œuvre une expertise judiciaire du seul fait que les médecins traitants ont une opinion divergente. Selon la jurisprudence, les centres d'observation professionnelle n'ont en outre pas pour tâche de fournir des renseignements d'ordre médical. Concernant l'abattement supplémentaire de 25 % requis par le recourant, l'intimé relève qu'un tel abattement ne conduirait qu'à un degré d'invalidité de 35 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.
31. Dans sa réplique du 10 mai 2013, le recourant persiste dans ses conclusions et requiert au surplus la comparution personnelle des parties, en reprenant pour l'essentiel ses arguments précédents.
32. Par ordonnance du 22 août 2013, la chambre de céans ordonne une expertise judiciaire rhumatologique et la confie à la Dresse K_____. Le mandat d'expertise n'ayant pu être accepté par cette dernière, elle désigne le Dr L_____, rhumatologue, par ordonnance du 8 octobre 2013.
33. Dans son rapport d'expertise du 4 juin 2014, l'expert judiciaire pose les diagnostics de lombalgies chroniques, sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire, et de syndrome rotulien bilatéral. Les limitations fonctionnelles sont la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout deux fois par heure, la limitation du port de charges à maximum 10 à 15 kg de façon régulière, l'absence de travail en porte à faux statique prolongé du tronc et l'absence d'exposition aux vibrations. Au niveau des genoux, le recourant est limité pour les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escaliers, d'échelles et d'escaliers. Il existait une concordance entre les plaintes du recourant et le rendement observé durant les stages. Toutefois, les constats radio-cliniques ne permettent pas d'expliquer le caractère handicapant des douleurs. A cet égard, l'expert judiciaire relève qu'une IRM lombaire récente illustre tout au plus des éléments modérés de discopathie protrusive L4-L5 et L5-S1 sans conflit discoradiculaire et avec dimension normale du canal rachidien. Il constate également à l'examen clinique une mobilité harmonieuse du dos dans toutes les amplitudes et l'absence de souffrance segmentaire précise, mais plutôt une sensibilité douloureuse de l'ensemble du rachis lombaire, sans contracture paravertébrale. Ces éléments parlent en faveur d'un syndrome douloureux chronique sans atteinte somatique réellement handicapante. Les plaintes peuvent être mises en relation avec un déconditionnement psycho-physique ou entrer dans le cadre d'un syndrome de type somatique, en valorisant les signes de non-organicité de Waddell (3/5) observés. Ainsi, les examens radiologiques ne permettent pas d'expliquer les baisses de rendement observées dans les activités considérées comme adaptées à la problématique lombaire et des genoux. Concernant la fatigue observée, l'expert judiciaire a pris conseil auprès du Dr M_____, diabétologue. Selon ce médecin,

seul un diabète mal contrôlé pourrait provoquer une perte de sucre au niveau des muscles générant une fatigue musculaire. Les valeurs de glycémies devraient alors être au moins entre 15 et 30 et l'hémoglobine glyquée à plus de 10 %. Or, selon le médecin traitant, les valeurs de glycémies du recourant ont été entre 8 et 9 mmol et les valeurs d'hémoglobine glyquée entre 7,5 et 8 avec un pic à 9 %. Ainsi, on peut conclure que le diabète est actuellement suffisamment contrôlé et ne permet pas d'expliquer l'état de fatigue. L'expert judiciaire ne retient par ailleurs pas le diagnostic de fibromyalgie. Il y a aussi une extension des champs douloureux à l'ensemble du rachis lombaire avec une certaine démonstrativité lors de la mobilisation et de la palpation du dos. Il s'agit donc plus d'un syndrome douloureux chronique qui s'apparente à un trouble somatoforme douloureux. Quant à l'obésité, elle est modérée et ne présente pas un caractère handicapant dans une activité adaptée. Partant, la capacité de travail dans une telle activité est de 100 %, étant précisé que l'augmentation progressive des douleurs lombaires durant la journée indique vraisemblablement un certain déconditionnement musculaire du dos. Le l'expert judiciaire conseille dès lors un réentraînement progressif au travail, au début à 50 % jusqu'à atteindre 100 % sur une période minimum de six mois. Quant au rendement, il est justifié de retenir une baisse de 10 % uniquement dans une activité statique, si l'assuré n'a pas la possibilité de changer de position fréquemment par lui-même. Il n'y a pas de baisse de rendement dans une activité permettant l'alternance des positions. La capacité de travail est complète depuis le 18 novembre 2008, hormis une période d'incapacité de travail passagère du 6 mai au 18 août 2009. L'expert judiciaire accorde peu de valeur probante à l'expertise du Dr E_____, celle-ci n'étant pas suffisamment détaillée et effectuée par un médecin non spécialiste dans le domaine ostéo-articulaire, mais s'aligne sur les conclusions du Dr F_____, à part quelques différences mineures, dès lors que les sciatalgies gauches ont pratiquement disparu et que l'imagerie ne montre aucun conflit discoradiculaire pouvant les expliquer. La notion de canal étroit évoquée est démentie par une IRM lombaire récente visualisant un canal osseux dans les limites de la norme. L'expert judiciaire ne retient pas non plus le diagnostic de cervico-scapulalgie, en l'absence d'un substrat radiologique de plaintes du recourant à ce niveau et en présence d'une mobilité cervicale conservée. Les myalgies tensionnelles des muscles scapulaires observées sont banales mais non handicapantes. Le pronostic est néanmoins plutôt négatif, au vu de l'incapacité de travail et de l'échec des mesures de réinsertion professionnelle.

34. Dans un avis médical du 23 juin 2014, la Dresse H_____ du SMR constate que les conclusions de l'expert judiciaire sont superposables à celles du SMR, lesquelles restent ainsi valables.
35. Dans sa détermination du 24 juin 2014, l'intimé persiste dans ses conclusions, sur la base de l'expertise judiciaire.
36. Par écriture du 11 juillet 2014, le recourant sollicite l'audition de l'expert judiciaire, estimant que celui-ci livre des éléments d'appréciation fort contradictoires et

parvient à des conclusions aléatoires. Il met notamment en exergue que les conclusions de l'expertise psychiatrique ont été intégrées telles quelles par l'expert judiciaire et qu'il semble admettre la réalité de la baisse de rendement drastique observée en atelier de réadaptation. Il se demande aussi si la supposition d'un déconditionnement livrée par l'expert judiciaire ne constitue pas une manière détournée de le présenter comme un simulateur.

37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations.
4. 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).
5. 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.

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).

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).

6. 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).

b. 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 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

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).

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).

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).

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).

d. 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; ATF I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; ATF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

7. 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).

8. En l'occurrence, seul le Dr B_____ a attesté une capacité de travail diminuée à 50 %. Tous les autres médecins, y compris le cardiologue, le Dr E_____, sont parvenus à la conclusion que la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Cela résulte en particulier de l'expertise judiciaire, laquelle remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ayant été établie en connaissance du dossier médical intégral, prenant en considération les plaintes du recourant et étant fondée sur des examens approfondis. Selon cette expertise, le recourant présente des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire, et un syndrome rotulien bilatéral. Les limitations fonctionnelles sont la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout deux fois par heure, la limitation du port de charges à maximum 10 à 15 kg de façon régulière, l'absence de travail en porte à faux statique prolongé du tronc et l'absence d'exposition aux vibrations. Au niveau des genoux, le recourant est limité pour les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles et d'escaliers.

Il est vrai que le rendement du recourant était diminué d'environ 50 à 60 % pendant les stages d'évaluation aux EPI. Toutefois, selon l'expert judiciaire, il n'y a pas une bonne concordance entre les constats radio-cliniques et le caractère handicapant des douleurs alléguées. En effet, il n'y a que des éléments modérés de discopathie protrusive, sans conflit disco-radiculaire avec une dimension normale du canal rachidien. L'expert constate aussi une mobilité harmonieuse du dos dans toutes les amplitudes, sans contracture paravertébrale. Quant au diabète, il est suffisamment contrôlé et ne fournit pas non plus une explication pour l'état de fatigue du recourant. En outre, trois sur cinq des signes de non-organicité de Waddell sont positifs. Cela ne signifie pas pour autant que le recourant serait considéré par l'expert judiciaire comme un simulateur, contrairement à ce que celui-ci semble croire. En effet, l'expert judiciaire admet tout à fait qu'il y a une bonne concordance entre les plaintes de l'assuré et les limitations observées aux EPI. Il n'en demeure pas moins que les constatations radio-cliniques ne permettent pas d'expliquer l'ampleur des douleurs alléguées et ainsi la baisse du rendement. Selon l'expert judiciaire, le rendement diminué doit être plutôt mis sur le compte d'un syndrome douloureux chronique non objectivable, et donc non pertinent pour l'assurance-invalidité, et du déconditionnement musculaire du dos.

La chambre de céans n'estime par ailleurs pas nécessaire d'entendre l'expert, dès lors que ses conclusions ne sont ni contradictoires ni aléatoires, comme le recourant l'allègue. Même si le Dr L_____ admet que la baisse du rendement observée en atelier de réadaptation correspond aux plaintes, il n'est pas pour autant contradictoire de considérer parallèlement que cette baisse ne peut pas être expliquée par des constatations radio-cliniques. On ne voit pas non plus pourquoi

l'expert n'aurait pas dû reprendre les conclusions de l'expertise psychiatrique, dès lors qu'il doit se déterminer en pleine connaissance du dossier médical et que la valeur probante de l'expertise psychiatrique n'est pas mise en cause. Le recourant sera par conséquent débouté de sa conclusion tendant à l'audition de l'expert judiciaire.

Au vu des conclusions claires et convaincantes de l'expert judiciaire, lesquelles concordent de surcroît avec celles des Drs F_____ et E_____, la chambre de céans ne peut que s'y rallier et admettre une capacité totale de travailler dans une activité adaptée.

9. Quant au calcul du taux d'invalidité sur la base d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, le recourant fait uniquement grief à l'intimé de ne pas avoir retenu un taux de réduction du salaire statistique, pris en considération à titre de revenu d'invalidé, de 25 %. Toutefois, comme l'a relevé l'intimé dans sa réponse au recours du 8 avril 2013, un abattement d'un tel pourcentage ne conduirait qu'à un degré d'invalidité de 35 % et serait donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Partant, cette question peut être laissée ouverte.
10. Le recourant requiert par ailleurs des mesures socio-professionnelles pour déterminer avec précision sa capacité de travail et de gain dans un domaine d'activité déterminé, ainsi qu'une mesure d'aide au placement. En ce qui concerne ces premières mesures, elles ont déjà eu lieu, de sorte que le recours est sans objet sur ce point. Par ailleurs, elles ne sont pas à elles seules déterminantes pour évaluer la capacité de travail. Selon la jurisprudence précitée, les conclusions médicales l'emportent sur la détermination de la capacité de travail par une observation professionnelle. En l'occurrence, cela est d'autant plus justifié que le recourant présente des signes de non-organicité et que ses plaintes ne sont pas entièrement explicables par les constatations radio-cliniques. Ainsi, il n'y a pas lieu d'ordonner d'autres mesures socio-professionnelles.
11. Quant à l'aide au placement, l'art. 18 al. 1 LAI prescrit que l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de

placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274). A droit en outre au service de placement, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

12. En l'espèce, le recourant n'est pas limité dans ses recherches d'emploi pour des raisons de santé. Quant au fait qu'il s'exprime très mal en français et est notamment difficile à comprendre, il s'agit d'une difficulté qui n'est pas prise en compte par l'assurance-invalidité, selon la jurisprudence précitée. Partant, le recourant ne peut prétendre à une aide au placement.
13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
14. La procédure n'est en principe pas gratuite. Cependant, dans la mesure où le recourant plaide au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir un émolument de justice.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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