

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2544/2014

ATAS/207/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mars 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Alors qu'il effectuait un apprentissage de facteur, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1967, a déposé, en date du 30 mai 1991, une demande de prestations de l'assurance-invalidité aux fins d'obtenir un reclassement professionnel en raison de problèmes de hanche à ressaut.
2. A compter du 9 août 1993, il a bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité de dessinateur-électricien. En raison de problèmes d'adaptation psychosociale, il a interrompu la mesure de reclassement, ce qui a motivé la mise en œuvre d'une expertise confiée à la Policlinique médicale universitaire, à Lausanne, un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : le COMAI).
3. A teneur de l'expertise du 8 juillet 1994, les docteurs B_____, médecin chef, et C_____, chef de clinique adjoint, ont retenu les diagnostics de périarthrite coxo-fémorale gauche consécutive à deux interventions chirurgicales pour une hanche à ressaut et de suspicion de névrome cicatriciel de la face interne du genou gauche ayant une influence sur la capacité de travail mais uniquement dans une profession impliquant des travaux de force, des déplacements fréquents ou le port de charges. En revanche dans une activité de dessinateur en électricité, la capacité de travail était entière. L'examen psychiatrique avait mis en évidence des troubles somatoformes douloureux réactionnels à un accident anxigène ainsi qu'une personnalité dépendante ayant valeur de maladie et devant être prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Enfin, les médecins du COMAI concluaient à la reprise des mesures de réadaptation.
4. Dans le cadre d'une deuxième mesure de reclassement professionnel, l'assuré a, à nouveau, été mis au bénéfice d'un apprentissage de dessinateur en électricité auprès d'un bureau d'ingénieurs en électricité genevois pour la période du 2 août 1995 au 31 juillet 1999. Il a été licencié par son patron d'apprentissage le 4 février 1997 en raison d'un taux d'absentéisme proche de 50%. Le rapport de la division de réadaptation professionnelle concluait à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée.
5. Mandaté pour expertise, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé, dans son rapport du 16 juin 1997, que l'assuré ne présentait pas de signe de psychose ni de mélancolie, mais bien des troubles de la personnalité avec des réactions de type infantile ayant entraîné des troubles du comportement. Il a donc retenu le diagnostic de troubles de la personnalité, du caractère et du comportement et celui d'atteinte chronique de la hanche et du genou gauche. Si le diagnostic de personnalité dépendante posé en 1994 était, selon lui, justifié, il ne devait pas empêcher une nouvelle tentative de recyclage dans une activité compatible avec les limitations somatiques.
6. Dans son rapport du 9 août 1997, la division de réadaptation de l'assurance-invalidité a conclu que c'était « l'aspect psychiatrique de la problématique qui empêchait l'assuré d'arriver à s'assumer en tant qu'adulte, de réussir une

réadaptation et de se réinsérer dans le monde du travail ». Compte tenu de la pathologie psychiatrique mise en évidence par le Dr D_____ et des essais de réadaptation infructueux, la division précitée a considéré qu'elle ne pouvait cautionner une nouvelle prolongation des mesures de réadaptation et a, dès lors, préconisé l'octroi d'une rente d'invalidité.

7. Par courrier du 18 septembre 1997, l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré que, compte tenu de son taux d'absentéisme proche de 50% durant les différentes tentatives de reclassement professionnel et de la pathologie psychiatrique l'empêchant de se réinsérer dans le monde du travail, il refusait de prendre en charge un reclassement professionnel. Il estimait néanmoins que l'assuré était capable d'exercer une activité simple en atelier protégé pour un salaire minimum de CHF 866.- qui, comparé au salaire auquel il aurait pu prétendre sans atteinte à la santé, révélait une perte de gain de l'ordre de 80%.
8. L'OAI a, par décision du 22 janvier 1998, octroyé à l'assuré, à partir du 5 février 1997, une rente ordinaire simple d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80%.
9. Le 7 novembre 2001, l'OAI a initié une première procédure de révision de la rente, dans le cadre de laquelle il a confié une expertise rhumatologique au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a retenu, dans son rapport du 19 avril 2004, les diagnostics de hanche à ressaut à gauche, douleurs du genou gauche, lombalgies chroniques, antécédent de fracture de la cheville droite ainsi que d'un possible syndrome anxio-dépressif. Au niveau ostéo-articulaire, il existait vraisemblablement depuis 1997 une incapacité de travail de 20% dans tout type d'activité, impliquant en particulier le port répété de charges lourdes à cause de la discopathie L5-S1 et de l'affection dégénérative débutante du genou. Il n'y avait pas d'indication à une réadaptation professionnelle. Cela étant, en raison de l'inactivité depuis 1997, il était nécessaire d'envisager, dans un premier temps, une reprise progressive du travail avec un encadrement psychologique. Une activité sans port répété de charges lourdes de plus de 15 kilos, avec changement de position possible, devait pouvoir être effectuée à 80%.
10. En date du 28 octobre 2004, l'OAI a confié une expertise complémentaire au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a considéré, dans son rapport du 23 août 2005 que, d'un point de vue psychopathologique, l'assuré présentait un fond dysthymique. Il n'existait pas d'éléments cliniques évoquant un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère ou des troubles de l'anxiété. Le médecin précité relevait également un tableau algique, très localisé au niveau de la jambe droite et du genou gauche, paraissant plus subjectif qu'objectif, et un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Comme le Dr F_____, le Dr G_____ a considéré que les problèmes algiques de l'assuré ne devaient pas l'empêcher d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques objectives à un taux de 80 à 100% et que c'était donc bien la dimension

psychologique qui était le facteur limitatif, en particulier le dysfonctionnement de la personnalité. Compte tenu du caractère chronique des troubles et de la durée de l'incapacité de travail, il lui semblait irréaliste de penser que l'assuré pût reprendre une activité à plein temps. En revanche, il devait pouvoir travailler à mi-temps. En résumé, d'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% au maximum dans toute activité depuis 1990, avec une légère amélioration depuis 1999. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient par ailleurs pas indiquées.

11. Dans son avis du 24 octobre 2005, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que le trouble de la personnalité retenu associé aux troubles physiques de l'assuré entraînait une limitation de la capacité de travail de 50% suite à une amélioration progressive depuis 1999.
12. Par décision du 5 décembre 2005, l'OAI a, sur la base des documents médicaux en sa possession, constaté que l'état de santé de l'assuré s'était progressivement amélioré et qu'il était en mesure de reprendre une activité lucrative à 50% dans son ancienne activité ou une autre activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2004 et lui a ainsi alloué une demi-rente au lieu d'une rente entière dès le 1^{er} février 2006.
13. Par décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OAI a confirmé sa décision du 5 décembre 2005, relevant en substance qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des deux expertises précitées, lesquelles constataient que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Par ailleurs, il ressortait des éléments médicaux recueillis que l'assuré était très actif avec sa famille, qu'il avait obtenu un brevet d'arbitre en natation en 2003, qu'il avait presque obtenu en 1999 un poste de gardien de piscine, démontrant dans les faits qu'il était capable de reprendre une activité lucrative, les raisons de l'échec étant étrangères à son état de santé. De l'aveu même de l'assuré, il se sentait apte à pouvoir travailler. Quant au taux de capacité résiduelle de travail retenu, il tenait compte tant du volet somatique que du volet psychiatrique.
14. Suite au recours interjeté par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a, par arrêt du 26 février 2007 (ATAS/215/2007), confirmé, par substitution de motifs, la décision sur opposition du 3 avril 2006, considérant que la rente d'invalidité devait être réduite à une demi-rente non pas en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant mais au vu du caractère erroné de la décision initiale d'octroi, dès lors que seule une incapacité de travail de 50% aurait dû être retenue à l'époque. A l'appui de sa décision, le TCAS a notamment considéré qu'il ressortait des rapports d'expertise des Drs F _____ et G _____, auquel il convenait de reconnaître une pleine valeur probante, que le taux d'invalidité n'avait pas subi de modification notable après la décision initiale d'octroi. En effet, les diagnostics posés par les deux experts précités ne s'écartaient pas fondamentalement de ceux retenus à l'époque de la décision d'octroi de la rente entière. En réalité, pour réduire la rente par révision, l'OAI s'était basé sur une appréciation médicale différente de la capacité de travail, laquelle n'était pas de

nature à fonder une révision de la rente d'invalidité, de sorte qu'on ne pouvait conclure à une amélioration.

Examinant ensuite si la décision d'octroi initiale était manifestement erronée, le TCAS a considéré que l'OAI avait admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, contre l'avis du Dr D_____ et sur la base d'une instruction lacunaire, sans qu'une évaluation médicale de la capacité de travail du recourant n'eût été établie à satisfaction de droit. Par ailleurs, l'appréciation de l'OAI s'agissant de la capacité du recourant d'exercer une activité en atelier protégé n'était fondée sur aucun élément médical pertinent et la fixation du taux d'invalidité à 80% n'était pas motivée, de sorte que l'on ne connaissait pas la base de calcul. Le TCAS avait ainsi considéré qu'en sus d'une instruction lacunaire au plan médical, l'évaluation de l'invalidité n'était pas conforme à la loi, de sorte que la décision d'octroi était manifestement erronée et pouvait donc faire l'objet d'une reconsidération. Se fondant sur les conclusions des expertises psychiatrique du Dr G_____ respectivement rhumatologique du Dr F _____, le TCAS a retenu une capacité résiduelle de travail globale de 50% dans toute activité, sans port de charges lourdes répété, avec changement de position et ce, depuis 1997.

Prenant en considération un revenu mensuel sans invalidité de CHF 4'452.60 (déterminé en fonction de la convention collective de travail des bureaux d'architecte de Genève du 1^{er} juin 2001 et adapté selon l'indice des salaires de 1997) et un revenu mensuel avec invalidité de CHF 1'919.20 (correspondant au salaire, après abattement de 15%, auquel pouvait prétendre, en 1996, un homme exerçant à mi-temps une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4), selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] de 1996, adapté à l'évolution des salaires pour l'année 1997 et ajusté en fonction de la durée moyenne dans les entreprises en 1997), le TCAS a retenu un taux d'invalidité de 57%, n'ouvrant le droit qu'à une demi-rente d'invalidité et non pas à une rente entière.

15. L'arrêt du 26 février 2007 a été confirmé par le Tribunal fédéral le 30 avril 2008 (arrêt 9C_187/2007).
16. Le 29 janvier 2009, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision. Dans ce contexte, il a notamment récolté les avis des docteurs H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et I_____, médecin praticien FMH.
17. Dans son rapport du 19 mars 2009, le Dr H_____ a fait état des diagnostics de néphrectomie gauche et de ménisectomie interne du genou droit le 27 novembre 2007. Il avait suivi l'assuré entre le 15 novembre 2007 et le 1^{er} septembre 2008 et l'avait par la suite adressé au Dr I_____. L'assuré se plaignait d'un épanchement, d'une gêne et de douleurs résiduelles du genou droit. Le pronostic était bon. L'activité habituelle était exigible à au moins 50%. Le rendement était toutefois réduit en raison d'un état anxieux sous-jacent. Le Dr H_____ avait proposé à l'assuré un second avis concernant l'évolution défavorable après l'arthroscopie /

ménisectomie interne partielle afin de déterminer l'étiologie des douleurs et de l'épanchement notamment.

18. Egalement interrogé, le Dr I_____ a mentionné, dans son rapport du 1^{er} mai 2009, les diagnostics de status après opération de la hanche gauche à ressaut en 1990 avec coxalgies gauches chroniques, chondropathie rotulienne avec déchirure méniscale opérée en 1990 avec gonalgies gauches chroniques, status après broncho-pneumonie basale gauche en juin 2006, status après néphrectomie gauche suite à un cancer rénal, avec une histologie maligne de type carcinome papillaire, ayant nécessité l'ablation de l'urètre gauche le 14 juin 2006, douleurs persistantes au niveau de la cicatrice de la paroi abdominale gauche diagnostiquées en octobre 2006, amaigrissement important de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la fosse iliaque gauches avec une amyotrophie post-chirurgicale, constaté en novembre 2006, troubles dépressifs d'intensité moyenne sous psychothérapie depuis le mois de juillet 2006, status après résection du ménisque interne du genou droit avec épanchement chronique depuis novembre 2007 et gonalgies chroniques droites, hernie discale L4-L5 en conflit avec la racine L4 gauche, constatée en novembre 2006, hernie discale L5-S1 en conflit avec la racine S1 gauche (imagerie par résonance magnétique [IRM] du 14 avril 2009) avec des lombalgies chroniques, lésions dégénératives du rachis dorsolombaire (tomodensitométrie axiale computerisée [CT] thoracique du 14 janvier 2009), hernie hiatale avec épigastralgies (CT de l'abdomen du 14 janvier 2009), status après fracture de la 11^{ème} côte gauche péri-opératoire en date du 20 décembre 2006, emphysème pulmonaire sous pleural à droite avec des discrets troubles ventilatoires (CT thoracique du 14 janvier 2009), tabagisme chronique avec dyspnée à l'effort et une capacité pulmonaire normale (mars 2009), broncho-pneumonie droite en juin 2008, déviation du septum nasal à droite avec obstruction à 90% diagnostiqué en juillet 2008, kyste hépatique de 6,9 mm segment V (CT abdominal du 14 janvier 2009), hypertrophie compensatrice du rein droit (CT du 14 janvier 2008). Pour le Dr I_____, l'assuré n'était pas apte à travailler de sorte qu'il lui avait prescrit une incapacité totale de travailler depuis le 16 mars 2009.

En annexe au rapport précité figuraient les comptes-rendus d'imagerie ainsi que les rapports de confrères sollicités pour les investigations spécialisées.

19. Les rapports des Drs H_____ et I_____, ainsi que leurs pièces jointes, ont été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 27 mai 2009, que l'atteinte au genou était ancienne, l'opération ayant eu lieu en 2006. Cela étant, il n'y avait pas de limitations notables dans une activité essentiellement assise. La tumeur au rein avait été opérée et à l'exception d'une convalescence de trois à quatre semaines, il n'y avait pas d'incapacité de travail. Les éléments nouveaux, postérieurs à la dernière décision, étaient les deux hernies discales lombaires, connues depuis novembre 2006 et sans changement en 2009. Dans la mesure où une accentuation semblait s'être produite en mars 2009, il y avait lieu de se renseigner auprès du Dr I_____ sur les éventuelles limitations fonctionnelles entraînées. Il convenait

également de se renseigner auprès du psychiatre traitant sur l'évolution du trouble psychiatrique et sa prise en charge.

20. Dans son rapport du 4 juillet 2009, le Dr I_____ a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, avec l'apparition d'une hernie discale S1 gauche, avec des troubles neurologiques dans la jambe gauche, entraînant les limitations fonctionnelles suivantes : perte de force et de sensibilité dans le pied et la jambe gauches mais le patient ne voulait pas se faire opérer. La capacité de travail était toujours nulle. L'assuré souffrait également d'une dépression mais il n'avait plus besoin des séances de psychothérapie dispensées par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
21. Mandaté par l'OAI, les docteurs K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, médecins auprès de l'institut CEMED SA (ci-après : CEMED), un COMAI, ont procédé à une expertise de l'assuré.

Il ressort de leur rapport du 6 avril 2010, établi consécutivement aux examens des 27 et 30 octobre 2009, que l'assuré ne faisait état d'aucune plainte sur le plan psychique, admettant toutefois avoir souffert d'un passage difficile lors du diagnostic et du traitement de son cancer en 2006. En revanche, il mentionnait des douleurs sur le plan ostéoarticulaire, à savoir au niveau des deux hanches, des deux genoux ainsi qu'au niveau de la colonne lombaire, avec des lombalgies avec irradiation sciatique gauche compliquée de dysesthésies plantaires et au niveau du mollet, avec une sensation de perte de force dans tout le membre inférieur gauche. L'assuré formulait peu de plaintes sur le plan chirurgical, mentionnant essentiellement une douleur inguinale gauche.

Après avoir effectué un examen clinique, les médecins du CEMED ont retenu les diagnostics de lombalgie commune sur discopathie étagée et hernies discales foraminales gauches L4-L5 et sous-ligamentaires L5-S1 gauches sans déficit neurologique, gonarthrose tricompartimentale débutante en 1989, périarthrite post-opératoire de la hanche gauche (sur hanche à ressaut) depuis 1989 (avec répercussion sur la capacité de travail) et de status après lobotomie pour ablation du rein gauche pour carcinome (t1n0m0) en 2006, status après méniscectomie interne droite en 2007, antécédents personnels de tumeur maligne (Z85) en 2006 et dépression secondaire à une affection organique en 2006 (sans répercussion sur la capacité de travail).

Alors que pour l'assuré, les troubles résiduels au niveau de la hanche et du genou gauches l'empêchaient d'exercer une activité quelle qu'elle soit, les experts considéraient que la clinique et l'imagerie rassurantes ainsi que la description des activités quotidiennes ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée légère, en position assise et/ou en décharge des genoux. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues (pas de travaux en hauteur afin d'éviter une lordose lombaire et par conséquent une

surcharge des articulations postérieures, pas de port de charges supérieures à 10kg et pas de longue marche ou de marche en terrains inégaux, pas de montées et descentes d'escaliers vu la pathologie de la hanche gauche, se comportant comme une périarthrite et les genoux en arthrose débutante), la capacité de travail était complète avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs. L'incapacité de travail de 20% était présente depuis 2007 sur le plan somatique et depuis septembre 2006 sur le plan psychique. Alors qu'elle était restée stable sur le plan somatique, la capacité de travail s'était améliorée pour revenir à 100% sur le plan psychique.

Des mesures de réadaptation étaient envisageables. Il convenait toutefois de rappeler qu'un échec de reclassement avait eu lieu en 1997. Le rythme de travail, l'intégration dans le milieu professionnel et le rendement étaient tributaires de la motivation de l'assuré et de sa capacité à faire face à ce changement dans son mode de vie actuel, à savoir la reprise d'une activité professionnelle. Sa fragilité narcissique pouvait en outre générer un état anxieux qui, en fonction de son importance, pouvait l'empêcher de mobiliser ses ressources existantes.

22. Par avis du 9 juin 2010, le SMR a résumé le rapport des médecins du CEMED et a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée.
23. L'OAI a accordé à l'assuré, par décision du 21 juillet 2010, des mesures professionnelles pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.
24. Le 10 septembre 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, considérant qu'il était totalement incapable d'exercer la moindre activité professionnelle.

En annexe au recours précité figurait notamment un courrier du Dr I_____ du 8 septembre 2010, dans lequel ce médecin expliquait que l'état de santé de son patient s'était encore aggravé, celui-ci souffrant surtout de problèmes broncho-pulmonaires sur un status asthmatique avec un emphysème pulmonaire chronique et de multiples surinfections pulmonaires depuis 2009, soit plus particulièrement six infections ayant nécessité un traitement antibiotique. Après avoir résumé les diagnostics d'ores et déjà évoqués dans un son rapport du 1^{er} mai 2009, le Dr I_____ a contesté la position des experts du CEMED au vu de l'ensemble des diagnostics et des plaintes de l'assuré s'agissant notamment des douleurs chroniques et des difficultés à respirer. Pour le médecin traitant, il convenait au contraire de retenir un taux d'invalidité supérieur aux 57% actuels.

25. Le courrier du Dr I_____ du 8 septembre 2010 a été soumis au SMR qui a considéré, par avis du 28 septembre 2010, que les six épisodes de surinfections pulmonaires n'entraînaient que des incapacités de travail passagères. Il n'y avait dès lors pas d'aggravation ou de nouvelle atteinte de sorte que les conclusions du rapport du 9 juin 2010 étaient toujours valables.

26. Le 28 octobre 2010, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées en l'état actuel, l'assuré ne se voyant pas travailler vu ses bronchopneumonies à répétition, de plus en plus difficiles à traiter. Cela étant, une fois son état de santé stabilisé, il se verrait travailler dans un bureau, dans une activité permettant l'alternance des positions.
27. Le recours du 10 septembre 2010 a été déclaré irrecevable par le TCAS par arrêt du 25 novembre 2010 (ATAS/1217/2010).
28. Par certificat du 22 novembre 2010, le Dr I_____ a attesté de plusieurs épisodes de surinfections pulmonaires avec emphysème pulmonaire chronique, pour lesquels des consultations ont eu lieu les 6 et 22 janvier, 11 février, 19 mars, 10 et 31 mai, 20 juillet, 11 octobre et 12 novembre 2010. A chaque rechute, l'assuré avait été mis sous antibiotiques et sous inhalations pulmonaires.
29. Le 3 février 2011, le médecin précité a encore précisé que l'assuré souffrait d'une candidose intestinale depuis le mois de janvier 2011 et que cette atteinte nécessitait un traitement par antimycosiques pendant deux semaines.
30. Dans une note d'entretien du 8 février 2011, l'OAI a précisé que l'assuré se plaignait d'une fatigue importante liée à son problème pulmonaire, lequel l'empêchait de dormir correctement. Si en début d'entretien, il se considérait totalement incapable de travailler dans toute activité, il avait par la suite admis qu'entre deux épisodes infectieux, il pouvait retenter une reprise d'activité. Par conséquent, la mise sur pied d'un stage d'orientation professionnelle aux EPI, avec un début à 50%, avait été convenue.
31. Selon une note interne de l'OAI datée du 20 octobre 2011, l'assuré n'avait pas pu participer au stage prévu dès le 24 avril 2011 en raison du traitement pour le problème intestinal. Par ailleurs, de l'aveu de l'assuré, il avait travaillé environ 30 heures entre septembre 2010 et janvier 2011 en qualité de moniteur de natation auxiliaire. Enfin, l'assuré avait averti l'office précité qu'il avait subi une intervention chirurgicale au niveau de son nez, en lien avec ses bronchites chroniques.
32. Selon le rapport du Dr I_____ du 13 février 2012, l'état de santé de l'assuré s'était une nouvelle fois aggravé, avec l'apparition, entre juin et décembre 2011, de cervicalgies et de lombalgies ainsi que d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) entraînant des troubles respiratoires et des douleurs articulaires. Ces atteintes entraînaient une incapacité totale de travailler. S'agissant de l'atteinte psychique, non spécifiée, l'assuré refusait de voir un psychiatre.

En annexe à ce rapport figurait un document daté du 14 juillet 2011, comportant une anamnèse médicale ainsi que le détail du traitement suivi, dont il ressort que depuis 2009, une septoplastie nasale chirurgicale opérée en juin 2011, des coliques intestinales avec troubles du transit et crampes abdominales et des cervicalgies avec un glissement de vertèbre C2-C3 étaient venues s'ajouter aux diagnostics d'ores et

déjà évoqués. Le traitement comportait dix médicaments, certains devant être pris en cas de besoin seulement.

33. Le 27 février 2010 (recte 2012), l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, la situation devant être revue après avoir réalisé un complément d'instruction médicale vu les indications données par le Dr I_____ dans son rapport du 13 février 2012.
34. Dans le cadre de ce complément d'instruction, l'OAI a sollicité des renseignements auprès du docteur M_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, lequel n'a posé, dans son rapport du 6 mars 2012, que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir ceux d'asthme et d'intestin irritable. Il n'avait trouvé aucune pathologie digestive justifiant une réduction de la capacité de travail.
35. Quant au Dr I_____, il a répété, dans son rapport du 1^{er} octobre 2012, les diagnostics d'ores et déjà mentionnés suivants, tous avec répercussion sur la capacité de travail, en précisant toutefois que le syndrome dépressif récurrent, était d'intensité moyenne, avec une somatisation sous forme de douleur, suivi depuis juin 2006, et les complétant avec les diagnostics de protrusion discale lombaire L2-L3 gauche avec paresthésie du membre inférieur gauche depuis 2012, status post infiltration intra-facettaire C3-C4 à droite en septembre 2012, sinusite chronique opérée, hernie discale C3-C4 avec déficits neurologiques de l'épaule droite en conflit avec la racine C4 droite, arthrose C3-C4, avec infiltration en septembre 2012 et rein unique avec un taux de créatinine élevé.

Ces atteintes nécessitaient un traitement médicamenteux formé de vingt-sept médicaments différents, listés dans le rapport du 1^{er} octobre 2012 précité et entraînaient une incapacité de 100% dans les activités habituelles de facteur et de maître-nageur, cette dernière profession étant exercée à raison de 50%, une demi-rente d'invalidité étant pour le surplus versée. Ces atteintes entraînaient les limitations suivantes : douleurs cervicales avec déficits du bras gauche, troubles respiratoires suite à des sinusites chroniques et à des bronchopneumonies chroniques (BPCO), syndrome dépressif récurrent avec somatisation et douleurs lombaires sur hernie discale. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité uniquement en position debout ou dans différentes positions, exercées principalement en marchant ; pas d'activités impliquant le fait de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, à genoux, la rotation en position assise/debout, soulever ou porter loin du corps des poids de plus de 10kg, pas de montée d'escaliers, sur une échelle ou un échafaudage). En revanche, les capacités de concentration, de compréhension ou d'adaptation n'étaient pas limitées.

En annexe à ce rapport figuraient les divers comptes-rendus médicaux relatifs aux investigations effectuées.

36. Les rapports des Drs M_____ et I_____ ainsi que leurs annexes ont été soumis au SMR qui a considéré, par avis du 6 décembre 2012, qu'une instruction médicale

complémentaire devait être effectuée, tous les médecins mentionnés dans les documents médicaux transmis devant être interrogés.

37. Parmi tous les médecins interrogés, seuls la doctoresse N_____, spécialiste FMH en neurologie, et le professeur O_____, alors spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) auprès de la Clinique des Grangettes, ont partiellement pu répondre aux questions de l'OAI.
38. Dans son rapport du 27 décembre 2012, la Dresse N_____ a tout d'abord précisé qu'elle n'avait vu l'assuré qu'à une seule reprise, le 27 août 2012, et qu'ils n'avaient pas discuté des répercussions des atteintes sur son activité professionnelle. Elle a ensuite posé le diagnostic de cervico-brachialgies droite sur hernie discale C3-C4. L'assuré souffrait de douleurs prédominant à droite, irradiant dans les deux épaules et les coudes ainsi que d'une diminution de la sensibilité de l'épaule droite et d'une partie du membre supérieur droit. Le scan avait révélé une hernie discale C3-C4 sous-ligamentaire médiane et paramédiane droite empiétant sur la moelle et sur la racine C4 droite. Une infiltration antalgique avait été effectuée le 14 septembre 2012 par le docteur P_____, spécialiste FMH en neuroradiologie mais la Dresse N_____ n'avait pas eu de retour à ce sujet et n'avait pas revu le patient depuis, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail et les autres questions.
39. Quant au Dr O_____, il a expliqué, dans son rapport du 13 février 2013, que l'assuré l'avait consulté à une reprise, le 6 août 2012, en raison d'une obstruction nasale chronique, d'un écoulement postérieur et d'une dyspnée. Le médecin précité avait alors constaté une rhinite atrophique croûteuse avec une perforation septale et une surinfection chronique à staphylocoque doré et posé le diagnostic de rhinosinusite chronique atrophique depuis le mois de juin 2011. Il n'était toutefois pas qualifié pour se prononcer sur la capacité de travail.

En annexe à ce rapport figuraient les rapports de consultation ainsi que des rapports médicaux relatifs aux investigations concernant le système ORL.

40. Par courrier du 14 février 2013, le Dr I_____ a complété ses précédents rapports, expliquant que l'assuré souffrait d'une infection ORL chronique, de douleurs chroniques au niveau de son épaule droite suite à une hernie discale entre les vertèbres C3-C4 en conflit avec la racine C4, pour laquelle il avait subi une infiltration intra-facettaire au niveau de la racine C3-C4. Il se plaignait également d'un syndrome de fatigue suite au statut post cancer rénal avec anémie ferriprive depuis 2007. Depuis la fin de l'année 2012, le docteur Q_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie de la main, avait constaté une dislocation de l'os scaphoïde et semi-lunaire de la main gauche, avec arthrose scaphoïdienne et perte complète du revêtement cartilagineux. Ce médecin avait alors proposé une résection complète de la première rangée du carpe avec arthrodèse. Les limitations fonctionnelles relatives aux atteintes précitées étaient les suivantes : douleur chronique de la main gauche, douleur chronique du membre supérieur droit,

infections ORL à répétition avec traitement antibiotique, douleurs au niveau de la jambe gauche due à la protrusion discale L2-L3 entraînant des difficultés à se déplacer, effets secondaires des médicaments antalgiques, tels que vertiges et nausées, cervicalgies chroniques et port d'une attelle au poignet gauche. En raison de toutes ces atteintes, la capacité de travail est nulle. Selon le Dr I_____, l'assuré souffrait d'une dépression avec somatisation. Il n'était toutefois plus suivi à ce jour.

41. Par courrier du 10 mai 2013, l'assuré a transmis à l'OAI divers rapports médicaux et comptes-rendus.
42. Tous les documents médicaux rassemblés ont été soumis au SMR qui a requis, dans un avis du 21 mai 2013, un rapport du docteur R_____, spécialiste en chirurgie de la main auprès des Hôpitaux universitaires de Genève.
43. Par rapport du 27 novembre 2013, le Dr R_____ a mentionné le diagnostic de Slac Wrist de stade 2 (instabilité post-traumatique) du poignet gauche, non dominant, dont les symptômes étaient une flexion-extension limitée à gauche, une diminution de la force de serrage, des douleurs évaluées entre 5 et 6 sur l'échelle visuelle analogique EVA. L'examen complémentaire de type arthro-scanner avait objectivé une lésion arthrosique radio-carpienne. Une indication à la réalisation d'une résection de la première rangée des os du carpe pouvait être retenue au vu des examens réalisés mais l'assuré ne souhaitait pas se soumettre à cet acte opératoire. Le pronostic était lentement défavorable avec une évolution vers une arthrose pancarpienne probable dans un délai toutefois non déterminable. Dans une activité de bureau, la capacité de travail était entière. A titre de limitations fonctionnelles, ce médecin retenait un manque de force et de mobilité au niveau du poignet avec une possible fatigabilité lors de son utilisation. L'état de santé était stabilisé.
44. Sur avis de son SMR, l'OAI a mandaté le docteur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise.

Il ressort du rapport du 22 avril 2014, établi consécutivement à un examen réalisé le 15 avril 2014, que l'assuré se plaignait de cervicalgies diffuses plus ou moins intermittentes, dont la douleur était estimée entre 5 et 6 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) et améliorées par des infiltrations de cortisone en septembre 2012 au niveau de la nuque avec la persistance de douleurs lors des activités avec des positionnements statiques. Il mentionnait également la persistance de lombalgies chroniques depuis quatre à cinq ans, avec une aggravation en 2013 et accompagnées au début par des sciatalgies gauches nécessitant des infiltrations péri-durales de cortisone avec une réponse partielle sur les douleurs. Les douleurs lombaires étaient estimées à 9 sur 10 sur l'échelle EVA. Elles étaient majorées par les positionnements statiques, les ports de charges et les positions en antéflexion du tronc et n'étaient que peu améliorées par les différents traitements médicaux. L'assuré se plaignait en outre de coxodynies gauches, plus ou moins chroniques. Ces douleurs étaient surtout majorées à la marche et lors des changements de position. Elles irradiaient parfois au niveau du pli inguinal. L'assuré annonçait

également des gonalgies du côté gauche principalement lorsqu'il devait marcher, s'accroupir ou descendre des escaliers. Enfin, il mentionnait d'occasionnelles douleurs à la cheville gauche et des douleurs du poignet gauche, avec des difficultés à saisir des objets en raison d'un manque de force avec, parfois, des sensations d'enflure du poignet.

Après avoir effectué un examen clinique, lors duquel il n'a retrouvé ni points de fibromyalgie ni signes de Waddell, le Dr S_____ a retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies gauches irritatives et déficitaires sur un plan sensitif et moteur L5 gauche dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire L5-S1 et protrusion discale paramédiane gauche en L2-L3 avec ostéochondrose de modic I postérieure ; névralgie cervico-brachiale irritative et déficitaire C6 droite sur un plan sensitif dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 droite avec protrusions discales C4-C5 et C5-C6 ; status après cure chirurgicale d'une hanche gauche à ressaut en 1990 ; arthrose du carpe gauche et gonalgies chroniques dans le cadre d'un status après ménisectomies bilatérales et d'un syndrome fémoro-patellaire modéré bilatéral (avec répercussion sur la capacité de travail) et de status après néphrectomie gauche en 2006 en raison d'un carcinome urothélial, bronchite chronique obstructive sur ancien tabagisme et status après septoplastie nasale (sans répercussion sur la capacité de travail).

Ces atteintes entraînaient une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : limitations dans la capacité de porter et soulever des charges de plus de 5 kg, principalement au-dessus de l'horizontale, pas d'activités en position de porte-à-faux avec le buste, pas d'activité qui nécessite des mouvements de rotations de flexion/extension répétitifs de la nuque, nécessité d'alterner les positions debout et assises toutes les trente minutes, pas d'activité de marche prolongée sur plus de 500 mètres d'affilée, pas d'activité nécessitant de serrer des objets ou de faire des mouvements répétitifs en flexion-extension de la main gauche.

Entre 2009 et 2012, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière d'un point de vue rhumatologique, à l'exception d'une diminution de rendement de 20%. Elle s'était toutefois détériorée en août 2012 suite à l'atteinte à la santé au niveau du rachis cervical. Les limitations ne résultaient pas d'une amplification des symptômes vu la bonne corrélation entre les plaintes de l'assuré et les constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique et radiologique.

En annexe au rapport d'expertise figurait le compte-rendu de l'IRM de la colonne lombaire, effectuée le 4 novembre 2013, remis par l'assuré.

45. Le rapport d'expertise du Dr S_____ a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 19 mai 2014, que, selon l'expertise du CEMED du 6 avril 2010, la capacité de travail de l'assuré était entière jusqu'en juillet 2012, avec toutefois une diminution de rendement de 20% (soit une capacité de travail totale de 80%). A partir du mois d'août 2012, une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été

objectivée par des examens radiologiques. Selon l'expertise du Dr S_____, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées, étant précisé que les affections ORL, pulmonaires et intestinales mentionnées dès 2011, n'avaient pas de répercussions durables sur la capacité de travail.

46. En date du 20 mai 2014, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de la manière suivante, étant précisé que le revenu sans invalidité était calculé en prenant en considération les données salariales communiquées par l'employeur en 1991, actualisées à 2012 et que l'abattement retenu était de 10% :
 - entre 2009 et le mois de juillet 2012, le degré d'invalidité s'élevait à 16,72% ;
 - dès le mois d'août 2012, le taux d'invalidité s'élevait à 53,64%.
47. Par communication du 21 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré que sa rente d'invalidité était maintenue sans modification du droit.
48. A la demande de l'assuré, l'OAI a rendu, en date du 30 juin 2014, une décision formelle reprenant les termes de la communication du 21 mai 2014.
49. Sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours en date du 29 août 2014, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition de son médecin traitant, le Dr I_____, et à la réalisation d'une expertise rhumatologique complémentaire, et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière avec effet au 1^{er} août 2012, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouveau calcul de la rente. A l'appui de ses conclusions, le recourant a considéré que l'expertise du Dr S_____ n'était pas probante, dans la mesure où elle manquait de précision, les douleurs lombaires persistantes au niveau du dermatome L5 et l'existence d'un probable syndrome du canal carpien n'ayant pas été investiguées. Par ailleurs, pour le recourant, l'expert n'avait également pas motivé la capacité de travail résiduelle retenue. Par conséquent, le rapport d'expertise du Dr S_____ était dénué de toute valeur probante. Le recourant contestait également le revenu d'invalidité, la décision attaquée ne mentionnant pas pour quels motifs elle retenait un revenu d'invalidité fondé sur le tableau TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édition 2012. A cela s'ajoutait le fait que l'OAI n'avait pas mentionné les activités pouvant encore être réalisées compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé. L'activité simple et répétitive (niveau de qualification 4), retenue par le TCAS dans son arrêt du 26 février 2007, ne semblait plus compatible avec les atteintes et les limitations fonctionnelles y consécutives. Par ailleurs, alors que le TCAS avait retenu un abattement de 15%, l'OAI a réduit celui-ci à 10% alors que, huit ans plus tard, la situation professionnelle était identique, alors que la situation médicale s'était aggravée.

Par chargé de pièces séparé, l'assuré a notamment produit un courrier du Dr I_____, daté du 31 juillet 2014, dans lequel ce médecin relevait que le rapport d'expertise du Dr S_____ ne mentionnait pas les douleurs lombaires au niveau du

dermatome L5, sans amélioration après les infiltrations du 25 juin 2014 ni l'existence d'un probable syndrome du canal carpien droit avec des déficits neurologiques dans le pouce et l'index droit. Le médecin traitant contestait également l'intensité des douleurs retenues par le Dr S_____, laquelle ne correspondait pas à ses constatations. L'expert précité ne prenait pas en considération les effets secondaires des antalgiques prescrits. Par ailleurs, quand bien même il mentionnait une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de 2009, le Dr S_____ ne retenait aucune augmentation de l'incapacité de travail ce qui ne semblait pas réaliste. Enfin, l'expert n'avait pas mentionné les résultats de l'arthro-IRM du 29 novembre 2012, lequel confirmait la dislocation du scaphoïde et de l'os semilunaire de la main gauche avec une perte complète du revêtement cartilagineux avec indication chirurgicale, ni de l'IRM lombaire du 4 novembre 2013.

50. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 23 septembre 2014, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa position, cet office a notamment considéré, en se fondant sur un avis du SMR joint à son écriture, que les critiques formulées par le recourant étaient dénuées de fondement. S'agissant du revenu d'invalidé, il avait été calculé conformément à la jurisprudence fédérale, le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives étant adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, l'OAI acceptait d'augmenter l'abattement de 10 à 15%, conformément à l'arrêt du TCAS du 26 février 2007.

En annexe figurait l'avis précité du SMR, daté du 11 septembre 2014 dont il ressort que l'expert avait pris en considération les douleurs lombaires au niveau du dermatome ainsi que l'arthro-IRM du 29 novembre 2012 et l'IRM lombaire du 4 novembre 2013. Le probable syndrome du canal carpien, pas encore formellement diagnostiqué, était postérieur à la décision querellée et n'était, quoi qu'il en soit, pas susceptible de justifier une incapacité de travail de longue durée. Quant à l'intensité des douleurs, elle avait été estimée par le recourant lui-même. La différence d'appréciation était vraisemblablement due au fait que les douleurs et leur ressenti pouvaient varier d'un jour à l'autre. Contrairement aux affirmations du Dr I_____, l'OAI avait pris en considération une modification dans la capacité de travail, celle-ci étant entière avec une diminution de rendement de 20% selon l'expertise du CEMED de 2010 et de 50% selon l'expertise du Dr S_____.

51. Par écriture du 28 octobre 2014, le recourant a repris ses précédents arguments, relevant cependant que l'intimé ne s'était pas prononcé sur l'absence de motivation quant aux raisons d'une diminution de la capacité de travail de maximum 50% et considérant que la déduction de 15% proposée par l'OAI n'était plus adaptée en 2014 étant donné que depuis lors son état de santé s'était dégradé et qu'il avait été éloigné du marché du travail depuis vingt-trois ans. Enfin, le recourant contestait le revenu sans invalidité et, par voie de conséquence, le taux d'invalidité dans la mesure où, conformément à l'arrêt du TCAS du 26 février 2007, confirmé par le

Tribunal fédéral le 30 avril 2008, le salaire sans invalidité s'élevait à CHF 53'431.- en 1997 et correspondait au salaire annuel des dessinateurs-architectes avec cinq ans d'expérience, adapté en fonction de l'indice des salaires de 1997. En l'application du raisonnement du TCAS, il convenait de prendre en considération le salaire annuel en 2011 des dessinateurs après six ans de pratique, soit CHF 67'561.-, lequel s'élevait en 2012, après indexation, à CHF 68'096.-. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité s'élevait à 61,16% avec un abattement de 15% et à 63,45% avec un abattement de 20%.

52. Par courrier du 16 décembre 2014, le recourant a transmis à la chambre de céans copie d'un certificat établi par le docteur T_____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, du 12 décembre 2014, dont il ressort que l'assuré allait faire l'objet d'une intervention chirurgicale en date du 17 décembre 2014, ce qui allait engendrer par la suite une incapacité de travail totale pendant deux mois. Par ailleurs, son état de santé s'était encore péjoré avec la survenance d'une insuffisance rénale ayant nécessité plusieurs séances de dialyse.
53. L'intimé s'est prononcé par courrier du 11 décembre 2014, considérant que le recourant n'expliquait pas pour quels motifs les limitations fonctionnelles ne permettraient pas l'application du tableau TA1 de l'ESS. S'agissant du revenu sans invalidité, c'était à tort que le recourant se référait à la convention collective étant donné que, selon la disposition topique, il convenait de recourir aux ESS pour établir le revenu sans invalidité. Le taux d'invalidité ainsi obtenu s'élevait à 58%.
54. Par courriers des 1^{er} et 5 mai 2015, l'assuré a transmis à la chambre de céans un rapport d'IRM lombosacrée du 17 avril 2015, mettant en évidence une évolution défavorable de la symptomatologie présentée au niveau lombaire. Cette aggravation était confirmée par le Dr I_____ dans un rapport du 4 mai 2015 ainsi que par l'IRM précitée. L'ensemble de ces documents démontraient que son état de santé s'aggravait constamment. Par ailleurs, étant donné qu'il ne vivait qu'avec un seul rein, le traitement de ses diverses affections était compliqué quand il n'était pas tout simplement impossible.

En annexe figurait le rapport du 4 mai 2015 précité, dans lequel le Dr I_____ a posé les diagnostics d'arthrose évoluée trapézo-métacarpienne du premier rayon de la main droite, avec remaniements, status post cure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 par fixateur inter-épineux en 2014, discopathie D12-L1 avec remaniements de MODIC 1, hernie discale paramédiane gauche avec fragment subluxé en contact avec la racine L3 gauche, sténose foraminale L2 bilatérale avec des troubles neurologiques dans les deux jambes, status post fracture de l'apophyse épineuse L4 (stable), importants remaniements dégénératifs inflammatoires des articulations postérieures L4-L5 et sténose du canal des deux racines L5. Pour le Dr I_____, il y avait indubitablement aggravation de l'état de santé du recourant.

55. Le 27 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions compte tenu de l'avis du SMR du 21 mai 2015 annexé, selon lequel l'IRM lombosacrée montrait une

évolution normale par rapport aux images de juin 2014 pour une atteinte dégénérative sans nouvelle atteinte ni signe nouveau de gravité. Les atteintes rachidiennes mentionnées dans le courrier du 4 mai 2015 étaient déjà connues et l'arthrose de la main droite était des plus banales et ne justifiait que des limitations très modérées lors de son utilisation.

56. Par courrier du 4 juin 2015, le recourant a considéré que l'avis du SMR ne correspondait pas aux divers renseignements médicaux produits et était contradictoire, dans la mesure où il admettait une évolution qualifiée de normale sans toutefois admettre d'aggravation, celle-ci devant apparemment se caractériser par de nouvelles atteintes à la santé.
57. Par courrier du 25 août 2015, le recourant a encore produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 7 août 2015, concluant notamment à des remaniements dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés avec la présence de discopathie protrusives.
58. Le 7 octobre 2015, le recourant a expliqué qu'il avait dû être opéré le 31 août en raison de ses troubles à la colonne lombaire. En raison d'une infection suite à l'opération précitée, il avait dû subir une nouvelle intervention en date du 14 septembre 2015. Sa capacité de travail était depuis lors nulle comme cela ressortait des attestations jointes au courrier.
59. Par courrier du 28 octobre 2015, l'intimé a rappelé que la légalité de la décision attaquée s'examinait d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Dans le cas du recourant, la maculopathie infectieuse et les deux interventions chirurgicales des 31 août et 14 septembre 2015 n'étaient ainsi pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision querellée a été prise. Partant, l'OAI persistait dans ses conclusions en rejet du recours.
60. 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

-
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
 4. A titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366).

Par conséquent, les atteintes survenues ou s'étant aggravées postérieurement à la décision du 30 juin 2014, soit notamment celles invoquées par le recourant par courriers des 16 décembre 2014, 1^{er} et 5 mai ainsi que 25 août 2015 ne peuvent être prises en considération par la chambre de céans pour examiner la légalité de la décision querellée. Les conséquences de ces atteintes doivent faire l'objet d'une nouvelle décision.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre 2006, année de la dernière décision reposant sur un examen matériel de la situation, et 2014, année au cours de laquelle la décision querellée a été rendue, et sur le calcul du taux d'invalidité.
6. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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

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

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
8. 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. 28 al. 2 LAI).

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

9. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b/aa. 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).

b/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. 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).

10. 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).

11. En l'espèce, il s'agit de comparer la situation existant lors de la décision sur opposition du 3 avril 2006, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, avec celle du 30 juin 2014.

a. A l'appui de sa décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OAI s'est fondé sur les deux expertises suivantes :

-
- une expertise rhumatologique du Dr F _____ du 19 avril 2004, dans laquelle les diagnostics posés étaient ceux de hanche à ressaut à gauche, douleurs du genou gauche, lombalgies chroniques, antécédent de fracture de la cheville droite ainsi que de possible syndrome anxio-dépressif, ces atteintes entraînant une incapacité de travail de 20%, toute activité adaptée, sans port de charges lourdes répétée de plus de 15 kg, avec changement de position possible, devait pouvoir être effectuée à 80%.
 - une expertise psychiatrique réalisée par le Dr G _____, à teneur de laquelle le recourant présentait un fond dysthymique sans éléments cliniques évoquant un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère ou de troubles de l'anxiété. A cela s'ajoutait un tableau algique, très localisé au niveau de la jambe droite et du genou gauche, lequel persistait et paraissait plus subjectif qu'objectif et un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. D'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était de 50% au maximum dans toute activité depuis 1990, avec une légère amélioration depuis 1999.

Se fondant sur les deux expertises précitées, l'intimé avait retenu une incapacité de travail de 50% notamment dans une activité adaptée, prenant en considération les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologue.

Dans son arrêt du 27 février 2007, le TCAS a reconnu une pleine valeur probante aux expertises précitées.

b. Lors de sa décision du 30 juin 2014, l'OAI disposait des rapports suivants :

- Le rapport d'expertise des Drs K _____ et L _____ du 6 avril 2010, dans lequel ces médecins ont posé les diagnostics de lombalgie commune sur discopathie étagée et hernies discales foraminales gauches L4-L5 et sous-ligamentaires L5-S1 gauches sans déficit neurologique, gonarthrose tricompartmentale débutante en 1989, périarthrite post-opératoire de la hanche gauche (sur hanche à ressaut) depuis 1989 (avec répercussion sur la capacité de travail) et de status après lobotomie pour ablation du rein gauche pour carcinome (t1n0m0) en 2006, status après méniscectomie interne droite en 2007, antécédents personnels de tumeur maligne (Z85) en 2006 et dépression secondaire à une affection organique en 2006 (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux en hauteur afin d'éviter une lordose lombaire et par conséquent une surcharge des articulations postérieures, pas de port de charges supérieures à 10 kg et pas de longue marche ou de marche en terrains inégaux, pas de montées et descentes d'escaliers (vu la pathologie de la hanche gauche, se comportant comme une périarthrite et les genoux en arthrose débutante). Ils notaient toutefois une fragilité narcissique

chez le recourant, laquelle pouvait générer un état anxieux qui, en fonction de son importance, pouvait l'empêcher de mobiliser ses ressources existantes.

- Le rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr S_____, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics suivants : lombosciatalgies gauches irritatives et déficitaires sur un plan sensitif et moteur L5 gauche dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire L5-S1 et protrusion discale paramédiane gauche en L2-L3 avec ostéochondrose de modic I postérieure ; névralgie cervico-brachiale irritative et déficitaire C6 droite sur un plan sensitif dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 droite avec protrusions discales C4-C5 et C5-C6 ; status après cure chirurgicale d'une hanche gauche à ressaut en 1990 ; arthrose du carpe gauche et gonalgies chroniques dans le cadre d'un status après méniscectomies bilatérales et d'un syndrome fémoro-patellaire modéré bilatéral (avec répercussion sur la capacité de travail) et de status après néphrectomie gauche en 2006 en raison d'un carcinome urothélial, bronchite chronique obstructive sur ancien tabagisme et status après septoplastie nasale (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : limitations dans la capacité de porter et soulever des charges de plus de 5 kg, principalement au-dessus de l'horizontale, pas d'activités en position de porte-à-faux avec le buste, pas d'activité qui nécessite des mouvements de rotations de flexion/extension répétitifs de la nuque, nécessiter d'alterner les positions debout et assises toutes les trente minutes, pas d'activité de marche prolongée sur plus de 500 mètres d'affilée, pas d'activité nécessitant de serrer des objets ou de faire des mouvements répétitifs en flexion-extension de la main gauche.

Dans la mesure où la décision querellée n'a pas modifié le droit aux prestations du recourant en se fondant sur le rapport d'expertise du CEMED du 6 avril 2010, il n'y a pas lieu d'examiner sa valeur probante.

En revanche, s'agissant du rapport du 22 avril 2014 du Dr S_____, force est de constater qu'il fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires.

Dans ce contexte, la plupart des critiques élevées par le recourant et son médecin traitant à l'encontre du rapport du Dr S_____ ne peuvent être retenues. En effet, les douleurs lombaires persistantes au niveau du dermatome L5 (voir rapport d'expertise p. 8) et les effets secondaires des médicaments (voir rapport d'expertise p. 11) ainsi que les résultats de l'arthro-IRM de la main gauche du 29 novembre 2012 et de l'IRM lombaire du 4 novembre 2013 ont bien été pris en considération par l'expert (voir rapport d'expertise p. 5). Quant au probable syndrome du canal carpien, il a été décelé après que la décision querellée ait été rendue et, partant également après la réalisation de l'expertise, de sorte que le Dr S_____ ne pouvait

à l'évidence pas en tenir compte. S'agissant des douleurs, elles ont été évaluées selon l'échelle EVA, soit une échelle d'auto-évaluation. C'est donc le recourant lui-même qui a indiqué l'intensité de ses douleurs. Enfin, par rapport aux Drs K_____ et L_____, qui retenaient en 2010 une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20%, le Dr S_____ a retenu une augmentation de l'incapacité de travail, établissant celle-ci à 50%.

Cela étant, la chambre de céans constate également, comme cela a été relevé par le recourant, que le Dr S_____ ne motive pas le taux d'incapacité de travail retenu. Son rapport doit donc être qualifié de lacunaire sur ce point et la chambre de céans ne peut s'y fier pour se prononcer sur la validité de la décision prise par l'OAI. Cependant, on ne saurait non plus lui nier toute valeur probante, l'expert n'ayant tout simplement pas motivé sa position sur ce point. Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, pour qu'il demande à l'expert de motiver sa position s'agissant de la capacité de travail résiduelle. Ce n'est que lorsque l'expert se sera prononcé sur ce point que le rapport pourra être considéré comme complet et que sa valeur probante pourra être examinée. Par ailleurs, lors de l'instruction complémentaire, il appartiendra à l'OAI de se poser la question de l'opportunité d'ordonner une expertise psychiatrique, le diagnostic de dépression avec somatisation ayant été retenu par le Dr I_____. Enfin, il y a lieu de rappeler à l'OAI que lors de l'instruction complémentaire, il lui appartiendra de prendre en considération les nouvelles atteintes.

12. Le recourant formule également certaines critiques s'agissant de la comparaison des revenus. Dans la mesure où les critiques en question sont indépendantes de l'examen de la valeur probante du rapport d'expertise et, partant de la capacité de travail retenue, la chambre de céans les examinera tout de même, par économie de procédure.

a. 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).

b. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle

générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu à prendre en considération est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait (art. 26 al. 2 RAI).

c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). 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 p. 323). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées).

d. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. 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 (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).

e. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

13. En l'espèce, l'intimé a calculé le taux d'invalidité du recourant en retenant son revenu de facteur à titre de revenu sans invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, il a été calculé conformément au tableau TA1 des ESS 2012, tous secteurs confondus pour un homme exerçant une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives). En cours de procédure, l'intimé a accepté de revoir le taux d'abattement appliqué, en retenant 15%. Pour le recourant, le salaire sans invalidité correspond à celui qu'aurait gagné un dessinateur avec six ans de pratique calculé conformément à la convention collective de travail étendue des bureaux d'ingénieurs de la construction et des techniques du bâtiment en vigueur depuis le 1^{er} juin 2011. Il conteste, en outre, l'application du tableau TA1 et de la valeur statistique de niveau 4 ainsi que le taux d'abattement de 15% qu'il estime insuffisant.

a. S'agissant tout d'abord du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer au revenu retenu par le TCAS dans son arrêt du 26 février 2007 (ATAS/215/2007), auquel il sied de renvoyer pour le détail, à savoir un revenu annuel de CHF 53'431.- en 1997. Ni le recourant ni l'intimé n'ont contesté ce montant devant le Tribunal fédéral, lequel a d'ailleurs confirmé le taux d'invalidité de 57% calculé par le TCAS sur la base notamment d'un revenu sans invalidité de CHF 53'431.- (arrêt 9C_187/2007). Dans ces conditions, il n'y a aucune raison de s'écarter du montant ainsi retenu par le TCAS, de sorte que le revenu sans invalidité à prendre en considération est de CHF 53'431.-. Indexé selon l'indice suisse des salaires (ISS), il s'élevait, en 2012, à CHF 64'325.

b. S'agissant du revenu avec invalidité, c'est à tort que l'intimé a appliqué les ESS 2012, la méthodologie utilisée pour établir les salaires statistiques n'étant plus la même depuis 2012. Ainsi, dans une procédure ayant pour objet la révision d'une rente d'invalidité, dont le taux d'invalidité a été déterminé en application des ESS antérieurs à 2012, la même base statistique doit s'appliquer à la révision du droit, avec indexation du salaire statistique. Dans le cas d'espèce, il y a donc lieu de

retenir un revenu d'invalidé déterminé en fonction des ESS 2010 et de l'indexer jusqu'en 2012, année d'ouverture de la procédure de révision.

Conformément à la jurisprudence en la matière, il y a lieu de déterminer le revenu avec invalidité en prenant en considération celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification), soit CHF 4 901.- en 2010. Cette valeur statistique s'applique 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, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.4 et 9C_963/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.5). Adapté à l'évolution des salaires jusqu'en 2012, le revenu mensuel avec invalidité doit être porté à CHF 5'000.- (CHF 4'999,51 arrondis à l'entier le plus proche), soit CHF 60'000.- par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012, il y a lieu de l'ajuster à 41,7 heures par semaine (voir statistique de la durée normale du travail dans les entreprises (DNT) établie par l'Office fédéral de la statistique), ce qui correspond à CHF 62'550.- par année.

c. S'agissant de l'abattement, l'OAI a finalement accepté d'appliquer le taux de 15% retenu par le TCAS dans son arrêt du 26 février 2007. Aucun des arguments soulevés par le recourant ne permet cependant de s'en écarter, sa situation ne s'étant que peu modifiée depuis l'arrêt précité.

d. Au vu de ce qui précède, il appartiendra à l'intimé de procéder à une comparaison des revenus en prenant en considération un revenu sans invalidité de CHF 64'325.-, un revenu avec invalidité de CHF 62'500.- pour un 100% et un abattement de 15%, étant précisé que le revenu avec invalidité devra être adapté en fonction de l'incapacité de travail dûment motivée retenue par le ou les expert(s).

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 30 juin 2014 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 30 juin 2014.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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