

BVGer C-5336/2014 vom 3. Februar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5336_2014

FR: TAF C-5336/2014 du 3 février 2017

IT: TAF C-5336/2014 del 3 febbraio 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 1.5

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève OCAS a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAIE conformément à la

disposition précitée (al. 2 in fine), a été déférée devant le Tribunal de céans.

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi de prestations depuis le 1er octobre 2012 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande de prestations d'invalidité déposée le 13 avril 2012 [pce 1]) jusqu'au 18 août 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (ATF 138 V 206 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensrecht, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant est ressortissant suisse domicilié en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les États de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "État membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un État membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un État membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs États membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un État membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre État membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces États membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres États membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I

435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4

L'objet de la contestation est le bien-fondé du refus par l'OAIE du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'occurrence le droit à une rente, au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi eu égard à sa capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles malgré l'atteinte à la santé.

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 6.2

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IV], 3e éd. 2014, art. 28 n° 32). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

E. 6.4

Selon l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

E. 6.5

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 7.1

Le recourant a travaillé en dernier lieu en Suisse comme opérateur CNC dans une entreprise de mécanique de précision de 2006 à début 2012. Il a été en incapacité de travail médicalement attestée à 100% du 14 au 20 février 2012, à 50% du 19 mars au 1er avril 2012 et à 100% à compter du 2 avril au 30 avril 2012 (pce 6 p. 4 ss). Il n'a par la suite plus repris d'activité et a produit des certificats d'incapacité de travail. Le 13 avril 2012 il déposa une demande de rente d'invalidité (pce 1). Dans la mesure d'une incapacité de travail effective reconnue celle-ci doit être prise en compte à compter du 14 février 2012, la période d'activité du 21 février au 19 mars 2012 ne totalisant pas 30 jours (cf. supra consid. 6.3).

E. 7.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait

pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

E. 7.3

Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, telle la méthode spécifique pour les personnes sans activité lucrative et la méthode extraordinaire applicable aux indépendants, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 8.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). S'agissant des données médicales propres à l'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA et art. 28 ss LAI), l'office AI peut s'appuyer - à côté du Service médical régional (SMR ; art. 59 al. 2 et 2bis LAI), des rapports des médecins traitants (art. 28 al. 3 LPGA), des rapports d'experts externes (art. 59 al. 3 LAI) - sur les centres d'observation médicale et professionnelle (COMAI, COPAI ; art. 59 al. 3 LAI ; ATF 136 V 376 consid. 4.1.1 ; voir ég. Valterio, op. cit., n° 2595 ss).

E. 8.1.1

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux

habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 8.1.2

La tâche d'un centre d'observation médicale (COMAI) auquel l'Office AI peut recourir en vertu de l'art. 59 al. 3 LAI est d'apprécier, sur mandat de l'office AI, l'état de santé de l'assuré dans son ensemble lorsqu'un tel examen s'avère particulièrement difficile et ne peut être effectué d'une autre manière (Valterio, op. cit., n° 2607). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens (médecins spécialisés) et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (cf. arrêt du TF I 513/05 du 5 septembre 2006 consid. 5.4 et les références; Valterio, loc. cit.). Les organes d'un centre d'observation professionnelle (COPAI) ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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 (arrêt du TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Il appartient cependant avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. 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 (arrêt du TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle (COPAI) 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 de la part du COMAI ou du COPAI (arrêt du TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références).

E. 8.2

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions

médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 8.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit. n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à

disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 8.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Quant aux rapports établis par les médecins traitant, 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 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.5

Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, 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 (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208

consid. 6b ainsi que les références).

E. 9.1

En l'espèce A. _____ a exercé à temps complet sans incapacité de travail déterminante au sens de la LAI notamment une activité de responsable technicien de service après-vente d'instruments dentaires de 1979 à 2003 puis d'opérateur CNC de 2006 à début 2012 bien qu'ayant souffert pendant près de 15 ans d'épisodes de cervico-dorso-lombalgie en lien avec une scoliose dorso-lombaire. Il sied de relever selon le rapport d'expertise du Dr S. _____ qu'il n'avait pas consulté de médecin au sujet de ses rachialgies depuis de nombreuses années, que les douleurs étaient devenues plus sévères à la fin de l'année 2011 sans facteur déclenchant mis en évidence, à l'exception d'une prise pondérale de 6kg après avoir arrêté de fumer, qu'il avait dû arrêter son travail d'opérateur CNC (poste de travail en position principalement debout avec des mouvements répétitifs, pour la fabrication de pièces de montre), qu'il n'avait pas pu reprendre son travail depuis février 2012, si ce n'était un essai de quelques semaines qui s'était soldé par un échec. Depuis le 14 février 2012 il fut ainsi en incapacité de travail médicalement attestée par son médecin traitant le Dr V. _____, généraliste, à différents pourcentages (supra A). Depuis le 2 avril 2012 il n'a plus repris son activité d'opérateur CNC (son contrat avait été résilié au 30 avril 2012 pour cause de restructuration) ni repris quelque activité professionnelle. Il déposa, de son initiative (cf. pce 20), une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI-GE en date du 13 avril 2012. Il y a lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'AI a dénié à l'intéressé une rente d'invalidité sur la base notamment, d'une part, du rapport d'expertise du Dr S. _____ du 17 janvier 2013, mandaté par l'assureur perte de gain dont la Dre B. _____ du SMR indiqua dans son rapport du 19 avril 2013 confirmer la capacité de travail entière qu'elle a indiquée retenue dans une activité adaptée par le Dr S. _____ et que le Dr D. _____ du SMR confirma également les 29 janvier et 6 août 2014 et, d'autre part, des rapports de mesures de réadaptation professionnelle mettant l'accent sur la conclusion d'un contrat de travail à 100% dans une activité adaptée, bien que l'intéressé ait fait valoir l'effectivité d'un contrat de travail conclu à un taux de 50% et une capacité de travail d'au plus 50% dans une activité adaptée en se fondant sur les rapports de son médecin traitant le Dr V. _____, et sa propre appréciation d'assuré de sa capacité de travail limitée.

E. 9.2

Le Dr V. _____ dans un rapport du 12 mai 2012, spécifié être établi en vue d'une requête de mesures de réadaptation professionnelle, indiqua une incapacité de travail d'origine malade en raison d'une scoliose dorso-lombaire et d'une arthrose vertébrale douloureuse et invalidante depuis janvier 2012. Dans ce rapport le médecin traitant attesta d'une incapacité de travail limitée dans le temps au 31 mai 2012, réservant une appréciation de la capacité de travail ultérieure, et établit une capacité de travail en position assise uniquement sans limitation de concentration, compréhension et résistance sous réserve d'une anxiété en lien avec les douleurs, lesquelles pourraient diminuer si l'intéressé réduisait son anxiété. A l'appui de son appréciation de l'état de santé de l'intéressé, le Dr V. _____ indiqua que des clichés radiologiques objectivaient effectivement « une importante scoliose dorso-lombaire à convexité droite » avec une dégénérescence arthrosique à tous les étages du rachis. Toutefois le rapport radiologique du 13 mars 2012 du Dr O. _____ indiqua au niveau du rachis cervical « une petite uncodiscarthrose aux étages C5-C6 et C6-C7 », pas d'anomalie des massifs articulaires postérieurs, des foramens de taille normale, symétriques, pas de lésion dans les parties molles péri-vertébrales et, au niveau dorsal et lombaire, outre la

scoliose dorso-lombaire, une minime condensation ovalaire bien limitée non spécifique à hauteur de D6, pas d'autre anomalie visible à l'étage dorsal « en dehors de banales petites productions osseuses de la partie antérieure des plateaux vertébraux », des remaniements discarthrosiques dans la concavité de la scoliose à l'étage lombaire ainsi que sur son bord à la partie basse du rachis lombaire, pas de lésion visible sur les massifs articulaires postérieurs ni dans les parties molles péri-vertébrales. Il appert que l'indication du Dr V._____ d'une importante scoliose et d'une dégénérescence arthrosique à tous les étages du rachis n'est pas en adéquation avec le rapport du Dr O._____. Dans un rapport du 24 novembre 2012, soit postérieur de 6 mois au précédent et antérieur de moins de 2 mois à l'examen d'expertise du Dr S._____, le Dr V._____ indiqua un état stationnaire et la possibilité pour l'assuré de reprendre un poste à 100% dans une activité adaptée sans nécessité d'un examen complémentaire. Cette appréciation ne reprit plus l'exigence précédemment posée d'une activité adaptée en position uniquement assise ou en différentes positions avec les restrictions énoncées le 12 mai 2012. Il n'en ressort dans tous les cas pas une dégradation de l'état de santé depuis le rapport du 12 mai 2012. Il sied de relever qu'il fait suite au rapport positif d'évaluation des aptitudes professionnelles de l'intéressé du 3 septembre 2012 ayant indiqué la possibilité pour l'assuré de travailler en position assise prolongée avec possibilité de se lever de temps à autre et faire quelques pas. Le Dr V._____ n'émit pas de rapport médical entre celui du 24 novembre 2012 et l'examen du Dr S._____ du 15 janvier 2013.

E. 9.3

Dans son rapport d'expertise du 17 janvier 2013 (examen du 15 janvier 2013), le Dr S._____, rhumatologue, quelque 11 mois après le début des incapacités de travail (14 février 2012), retint le diagnostic de lombalgies chroniques dans un contexte de scoliose dorso-lombaire à convexité droite légère et de troubles dégénératifs de la colonne dorsale modérés. Eu égard aux plaintes de l'intéressé il indiqua qu' « en l'absence d'amélioration et étant donnée des douleurs nocturnes le réveillant la nuit, une IRM de la colonne lombaire peut être discutée. Je serais toutefois étonné qu'elle révèle des pathologies spécifiques » [pce 42 p. 12]). Le rapport d'expertise (voir supra D) du Dr S._____ est partiellement convaincant et peu claire quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressé. Etabli par un spécialiste des atteintes à la santé dont se plaint l'intéressé, il répond sur ce point aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. Il fait état de l'anamnèse de l'assuré, décrit ses activités habituelles, relève son mode d'intégration sociale, prend en compte ses atteintes à la santé antérieures, ses plaintes actuelles, sa médication actuelle. Cependant l'anamnèse est incomplète en ce sens que fait défaut la description d'une journée typique de l'intéressé. Or « la reconstitution minutieuse d'une journée fournit des indications précieuses sur les répercussions de la maladie sur les différents domaines de la vie quotidienne » (Société suisse de rhumatologie, Lignes directrices de la SSR pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accidents, in : Bulletin des médecins suisses 2007 p. 738 ; cf. arrêt du TAF C-3006/2013 du 22 février 2016 consid. 5.3.6 p. 16). Certes le rapport d'expertise ne relève pas de participation aux tâches ménagères, indique quelques promenades et de l'aide aux proches pour faire les commissions sous réserve de ne pouvoir rester longtemps debout, mais ces indications ne permettent pas d'appréhender les incidences des atteintes à la santé sur la vie de tous les jours et implicitement de mettre en parallèle les activités quotidiennes avec les exigences d'une activité lucrative. Le report de l'examen clinique, dont les limitations de mobilité, est très détaillé s'agissant tant du dos que des membres inférieurs et supérieurs. Il appert

cependant que les constats déficitaires sont peu ou pas discutés quant à leurs incidences de limitations fonctionnelles au quotidien. Les constatations du dossier radiologique de mars 2012 sont relevées avec détails. Toutefois ce volet de l'expertise ne discute pas l'évolution du dossier radiologique en référence à celui de mars 2003 (cf. pce 42 p. 11), ce qui aurait permis de mettre en perspective, sous l'angle radiologique, l'état de santé 2013 apprécié invalidant par l'assuré, qui indique souffrir de douleurs mêmes nocturnes non mises en question par l'expert, avec celui de 2003 où l'assuré était pleinement actif. S'agissant des diagnostics retenus le rapport d'expertise ne les indique pas en référence aux codes de la nomenclature CIM-10 permettant une spécification précise des atteintes à la santé. Par ailleurs la scoliose à convexité droite est décrite légère à modérée dans le corps de l'expertise (p. 12) et relevée seulement légère dans le diagnostic retenu (p. 13) ne permettant ainsi pas d'être qualifiée. L'évaluation de la capacité de travail est le but auquel tend du point de vue asséculoologique l'expertise en question. Elle doit être décrite et justifiée avec la précision qui convient relativement à la charge et au temps de travail exigible, « c'est seulement lorsqu'on ne saurait attendre du patient qu'il soit présent à plein temps que l'on peut envisager une réduction du temps de travail » (Lignes directrices de la SSR, op. cit., p. 740). Il sied de relever que le rapport du Dr S. _____ n'indique pas expressément la possibilité d'une activité adaptée à 100%, bien que le médecin traitant de l'assuré l'ait mentionnée dans son rapport du 24 novembre 2012, et que le SMR l'ait retenue par la suite comme ressortant du rapport d'expertise du Dr S. _____. Aux questions précises posées quant aux taux d'incapacité dans l'activité actuelle et dans une activité adaptée l'expert, à chaque fois, ne répondit pas clairement usant de formulations imprécises nécessitant une interprétation sujette à caution (cf. pce 42 p. 13). Par ailleurs il ne s'exprime pas sur la capacité de travail de l'intéressé antérieurement à la date d'examen du 15 janvier 2013, période dont on ne connaît pas la capacité de travail à retenir pour le délai d'attente d'une année selon la LAI (cf. supra consid. 6.3 et 7.1). S'agissant du dernier emploi de l'intéressé le Dr S. _____ précisa n'avoir pas de raison objective de considérer que l'assuré était incapable de travailler dans son emploi habituel, qu'il était raisonnable qu'il puisse reprendre un emploi du genre de son précédent emploi dans un délai d'un mois. Le Dr S. _____ motiva le délai d'un mois afin que l'intéressé puisse faire des séances de physiothérapie en piscine suivies dans un deuxième temps, en cas d'effet bénéfique, de séances actives à sec. Il proposa notamment aussi d'essayer des infiltrations des nodules de Copermann situées dans les régions douloureuses. Il releva cependant un pronostic assez sombre lors de lombalgies chroniques et indiqua que l'intéressé devait rester plusieurs heures par jour en position debout (pce 42 p. 12 s.). L'appréciation première est ainsi fortement amendée par la thérapie préconisée. Le SMR n'a d'ailleurs pas retenu cette appréciation de la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle. Il a à ce titre retenu une incapacité totale, ce qui relativise l'appréciation de la capacité de travail retenue par le Dr S. _____. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr S. _____ indiqua qu'il n'y avait pas de raison objective de maintenir une incapacité de travail « complète » dans un emploi qui ne conduit pas à porter des charges ni à effectuer des mouvements répétitifs de la colonne lombaire et qu'il était souhaitable que l'assuré puisse avoir un poste de travail lui permettant de changer régulièrement de position. Il indiqua qu'il pouvait exercer un emploi plus léger dans la vente ou de type administratif plus adapté que son ancien poste. L'expert n'a cependant pas évalué la capacité de travail résiduelle en pourcent de l'intéressé. Il n'appert ainsi pas du rapport d'expertise du Dr S. _____ une appréciation en pourcent de la capacité de travail de l'intéressé dans une

activité légère adaptée. De plus il a lieu de retenir de l'expertise que la capacité de travail est liée à l'accomplissement préalable de traitements thérapeutiques évoqués supra, ce qui ne plaide pas pour une appréciation établie sur la base d'un état stabilisé et laisse ouverte la question du taux de capacité de travail résiduelle. Il sied de relever que le rapport du Dr S. _____ a été établi sans référence au rapport sur les mesures d'observation professionnelle du 3 septembre 2012 (observation du 30 juillet au 26 août 2012) qui relève des douleurs en permanence en position debout et dans une moindre mesure en position assise permettant de prendre plus facilement des positions antalgiques et indique la possibilité en principe d'une activité en position assise prolongée (pce 30), appréciation divergente de celle de son rapport d'expertise ayant noté que l'intéressé devait rester plusieurs heures par jour en position debout (pce 42 p. 12). Il appert de ce qui précède que le rapport d'expertise du Dr S. _____ ne peut être retenu comme convaincant.

E. 9.4

La Dre S. B. _____ du SMR retint dans son rapport du 19 avril 2013 le diagnostic posé par le Dr S. _____ et indiqua une capacité de travail retenue de 0% dans l'activité habituelle et (de son appréciation du rapport d'expertise du Dr S. _____ quant au pourcentage) de 100% dans une activité adaptée dès le 15 février 2013 tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge supérieure à 10 kg de manière répétitive, pas de position en porte-à-faux, la possibilité d'alterner les positions debout assise, pas d'usage d'escalier à répétition, les activités en hauteur ou sur terrain instable devant être évitées (pce 52). L'appréciation du SMR ne pouvait être émise ainsi du fait des incertitudes évoquées supra (9.3) quant à la capacité de travail de l'intéressé. Au vu des contradictions du rapport, le SMR ne pouvait se fonder sur l'expertise réalisée pour l'assureur perte de gain et aurait dû requérir une expertise rhumatologique complémentaire. L'évaluation de la Dre B. _____ ne peut donc être retenue.

E. 9.5

Le 29 avril 2013 l'OAI-GE ouvrit un nouveau mandat de réadaptation (pce 55) que l'intéressé rejeta dans son principe (cf. pces 58 et 61) et qui débuta le 21 octobre 2013. Il sied de rappeler que les organes d'un centre d'observation professionnelle (COPAI) ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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 (arrêt du TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Il appartient cependant avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci (cf. supra 8.1.2). Un rapport d'entretien téléphonique du 5 décembre 2013 relatif à la mesure de réadaptation professionnelle en cours fit état d'un bilan très positif (pce 72). L'appréciation allait dans le sens de l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé énoncée par son médecin traitant, le Dr V. _____, de 100% et par la Dre B. _____ du SMR de 100% ayant indiqué reprendre l'appréciation du Dr S. _____. Le 13 janvier 2014 l'intéressé commença un stage auprès de l'entreprise Y. _____ à 100%. Il sied de relever que les rapports des 24 novembre 2012 (Dr V. _____) et 17 janvier 2013 (Dr S. _____) sont antérieurs de plus d'une année au début de l'activité auprès de Y. _____ commencée le 13 janvier 2014. Il appert du dossier que l'intéressé fit part de plaintes de maux de dos depuis le début du stage auprès de Y. _____ donnant des explications qui ont été qualifiées par l'OAI-GE de contradictoires et peu convaincantes. A l'appui de ses plaintes l'intéressé produisit un certificat d'incapacité de

travail de 50% de son médecin traitant daté du 21 janvier 2014 jusqu'au 28 février 2014 et le 27 janvier 2014 l'intéressé adressa à l'OAI-GE un rapport médical de son médecin traitant daté du 30 novembre 2013 faisant état d'une IRM du rachis dorso-lombaire du 15 novembre 2013 indiquant montrer notamment la présence d'une spondylo-discopathie dégénérative multi-étagée et des rétrécissements foraminaux L4-L5 et L5-S1 droits, une hernie intra-spongieuse dans le plateau vertébral supérieur de D9 d'allure inflammatoire. Un contrat de travail au taux de 50% auprès de Y. _____ fut signé pour une durée déterminée du 10 février au 30 juin 2014 (pce 82 p. 2). Il sied de relever que l'activité déployée l'était à 100% en position assise (cf. pce 89 p. 13), comme l'avait préconisé le premier rapport d'observation professionnelle (pce 30 p. 3) alors que le Dr S. _____ avait relevé dans son expertise que l'intéressé devait rester plusieurs heures par jour en position debout (pce 42 p. 12 in fine).

E. 9.6

Apprécient la documentation médicale produite peu après le début de l'activité auprès de Y. _____, le Dr D. _____ du SMR, spécialisation non connue, indiqua dans une prise de position du 29 janvier 2014 que le médecin traitant de l'assuré ne donnait pas d'explication à l'incapacité de travail de 50%, que les récents rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux ni d'indication d'une prise importante d'antalgique qu'il n'y avait dès lors pas lieu de remettre en cause l'exigibilité de la capacité de travail retenue de l'avis SMR du 19 avril 2013, soit 100%.

E. 9.7

C'est sur la base de la prise de position du Dr D. _____ du SMR du 29 janvier 2014, renvoyant à l'avis SMR du 19 avril 2013, que l'OAI-GE s'est finalement fondé pour rendre son projet de décision du 24 mars 2014 et l'OAIE sa décision du 18 août 2014 de non-octroi de prestations eu égard à la possibilité d'une activité adaptée à 100% dont il résultait un taux d'invalidité de 29% (supra I). Celle-ci fut prise suite à l'avis du Dr D. _____ du 6 août 2014 confirmant sa précédente prise de position, ayant relevé que l'intéressé n'avait pas produit de nouveau document en procédure d'audition.

E. 10.1

La décision dont est recours ne peut être confirmée par le Tribunal de céans, outre en raison du fait que l'expertise du Dr S. _____ ne pouvait être retenue comme probante et que le stage professionnel n'avait pas permis d'établir, respectivement de confirmer la capacité de travail de l'intéressé, pour le motif aussi que la documentation médicale produite par l'assuré au début de son activité pour Y. _____ n'a pas été examinée avec l'attention que se devait d'observer l'OAI-GE, respectivement son service médical. La prise de position SMR du 29 janvier 2014 indique sur le plan médical que la nouvelle documentation médicale fournie ne fait état que du fait que l'assuré a bénéficié d'une IRM qui montrait des signes d'atteintes dégénératives au niveau lombaire, qu'il n'est signalé aucun élément médical nouveau, qu'il est attesté par le médecin traitant une capacité de travail de seulement 50% sans explication à cette limitation, que les nouveaux documents médicaux ne faisaient que confirmer les limitations fonctionnelles déjà retenues par le SMR, qu'il n'y avait aucun élément médical objectif de sévérité (p. ex. prise importante d'antalgiques) permettant de remettre en cause l'avis SMR du 19 avril 2013 (pce 79). Or tel n'est pas le cas, le rapport du Dr V. _____ du 30 novembre 2013 (pce 77 p. 2) indique que l'IRM du 15 novembre 2013 (cf. pce 98) montre notamment la présence d'une spondylo-discopathie dégénérative

multi-étagée et des rétrécissements foraminaux L4-L5 et L5-S1 droits, une hernie intra-spongieuse dans le plateau vertébral supérieur de D9 d'allure inflammatoire et il relate nouvellement un symptôme de paresthésies intenses au niveau de la face postérieure des jambes lorsque l'intéressé reste trop longtemps assis. Manifestement le rapport du Dr D._____, dont il n'apparaît pas au dossier qu'il soit rhumatologue, renouvelé encore plus succinctement le 6 août 2014 sur deux lignes sur le plan médical (pce 110), ne discute pas la nouvelle documentation médicale, apportée par l'assuré le 27 janvier 2014, dont les données diffèrent des informations relatées dans la section relatives aux radiographie de l'expertise du Dr S._____ (cf. pce 42 p. 11), dans un rapport conforme aux exigences des rapports médicaux sur dossier devant étayer les raisons pour lesquelles le médecin SMR ne retient pas des diagnostics et appréciations contradictoires s'écartant de son appréciation et ne nécessitant pas de son avis des investigations supplémentaires (cf. supra consid. 8.4). Il sied de relever que le Dr S._____ avait retenu dans son rapport du 17 janvier 2013 le diagnostic de lombalgies chroniques dans un contexte de scoliose dorso-lombaire à convexité droite légère (éventuellement légère à moyenne selon l'indication dans le corps de l'expertise) et de troubles dégénératifs de la colonne dorsale modérés et que par ailleurs il n'avait pas retenu expressément une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il avait en effet indiqué qu'il n'y avait pas de raison objective de maintenir une incapacité de travail « complète » dans un emploi qui ne conduit pas à porter des charges ni à effectuer des mouvements répétitifs de la colonne lombaire. L'Office AI-GE pour sa part en retenant l'avis du Dr D._____ manifestement insuffisant et sans prise de position étayée alors qu'il aurait dû inviter le Dr D._____ à rendre une nouvelle prise de position, cas échéant en sollicitant l'avis d'un rhumatologue avec l'intégration, en raison de la diagnostic dans l'IRM du 13 novembre 2013 d'une hernie intraspongieuse dans le plateau vertébral supérieure de D9 d'allure inflammatoire, d'un chirurgien orthopédique du dos et d'un neurologue (en raison de la sciatalgie), répondant aux réquisits des avis SMR sur dossier (cf. consid. 8.1.1 et 8.4), a rendu une décision en violation du devoir d'instruire (art. 43 LPGA), respectivement du droit d'être entendu de l'intéressé. Il s'ensuit qu'il n'est pas possible pour le Tribunal de céans, confronté au rapport médical du Dr S._____ datant du 17 janvier 2013, indépendamment des faiblesses relevées de ce rapport, d'apprécier si, vu sa date antérieure de plus d'une année, il était encore possible le 29 janvier 2014 de s'y référer ou s'il y a lieu de retenir une péjoration éventuelle de l'état de santé de l'intéressé ne lui permettant pas d'exercer une activité adaptée à plein temps comme l'intéressé l'a fait valoir de son appréciation en référence à une activité seulement possible à mi-temps compte tenu de ses douleurs. Il sied d'ailleurs de relever, sans que cela soit déterminant, que le rapport du 27 février 2014 des EPI mentionne que quand l'intéressé travaillait à 50% il présentait moins de signes d'inconfort et était capable d'apporter une pleine attention sur son travail ce qui rassurait sur la qualité du travail rendu (cf. supra G in fine). Or cet aspect est très important pour un employeur qui doit pouvoir compter sur la qualité du travail effectué.

E. 10.2

Le Tribunal relève aussi que le recourant a fait état dans ses écritures que l'OAIE-GE avait rendu une décision par le biais de l'OAIE se référant à la conclusion d'un contrat de travail à 100% avec Y._____ sans s'exprimer sur l'effectivité d'un contrat au taux d'activité de 50% (cf. pce 82 p. 2) pourtant connu par l'office du fait même des allocations versées sur la base d'un contrat au taux d'activité de 50%. En rendant une décision occultant la réalité du contrat conclu à 50%, l'OAI-GE a violé son obligation de prendre en compte les faits dans leur intégralité et de rendre une décision en adéquation (cf. arrêt du TF 8C_525/2011 du 6

juillet 2012 consid. 3.3), cas échéant en motivant la raison pour laquelle elle n'entendait pas suivre le pourcentage de travail effectif du contrat de travail conclu. Par ailleurs il appert du dossier que le contrat de travail de durée déterminée finalement conclu à 50% au lieu de 100% (cf. supra H.d. ; pce 94) n'a pas été poursuivi au-delà du 30 juin 2014 (cf. supra J), soit plus de 2 mois avant la décision dont est recours, sans que ne soient consignés au dossier de l'OAI-GE les motifs médicaux ou non-médicaux de cette non-prolongation du contrat de travail nécessairement connue de l'OAI-GE suivant le dossier en cours. En l'occurrence la décision dont est recours a été prise sans qu'ait été établi le bilan final de la réadaptation professionnelle prévu le 12 juin 2014 (cf. pce 104), du moins le bilan en question ne figure pas au dossier. Il s'ensuit que la décision de l'OAIE a été rendue en méconnaissance d'un élément important qui aurait dû être pris en compte et discuté et se réfère contrairement à la réalité à un contrat de travail indiqué conclu au taux de 100%, ce qui n'est pas le cas.

E. 11

En résumé, compte tenu que le rapport d'expertise du Dr S. _____ du 17 janvier 2013 ne pouvait être qualifié de probant du fait des incertitudes quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré qui en ressort, que le Dr D. _____ du SMR ne pouvait écarter sans une appréciation circonstanciée la nouvelle documentation médicale produite par l'assuré le 27 janvier 2014, documentation produite près d'une année après l'expertise, cas échéant en sollicitant l'avis d'un rhumatologue, respectivement d'un chirurgien orthopédique du dos (nouveau diagnostic radiologique notamment d'une hernie intra spongieuse, cf. consid. 10.1), et d'un neurologue (en raison de la sciatalgie), selon les réquisits propres aux rapports médicaux sur dossier lesquels nécessitent un complément d'instruction s'il subsiste des doutes mêmes minimes (cf. supra consid. 8.1.1. et 8.4 et la jurisprudence citée) et se référer aux conclusions d'une expertise médicale antérieure de près de 12 mois sans s'assurer de son actualité, que l'OAI-GE ne pouvait fonder sa décision sur un rapport médical SMR des plus succincts, après la production de nouveaux éléments médicaux en 2014, ne répondant manifestement pas aux critères de valeur probante d'un rapport médical SMR sur dossier, qu'il n'apparaît pas au dossier les motifs médicaux ou non-médicaux qui ont été à l'origine du fait que l'activité de l'assuré au sein de Y. _____ n'a pas été poursuivie après le 30 juin 2014 (le rapport final de fin de stage manque au dossier), ceci plus de 2 mois avant la décision dont est recours, que la décision attaquée fait référence à une activité de 100% alors qu'effectivement celle-ci a été selon le contrat conclu de 50% alors que l'office AI en avait connaissance, il sied d'annuler la décision attaquée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise rhumatologique respectivement orthopédique et neurologique, éventuellement avec un complément ophtalmologique, en Suisse et rende une nouvelle décision sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré à compter du 14 février 2012 (début des atteintes à la santé) compte tenus de l'état de santé de l'assuré au 15 janvier 2013 retenu par le Dr S. _____ dans son examen clinique à cette date dont cependant l'évaluation de la capacité fonctionnelle et de travail ne peut être retenue pour cause de manque de motivation. La coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examen effectués selon le principe d'économicité (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Dans le cadre de la nouvelle décision à rendre, l'office AI sollicitera le dossier de l'assureur perte de gain.

E. 11.1

Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

E. 12.1

Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

E. 12.2

Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par le recourant en cours de procédure lui est restituée.

E. 12.3

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'500.- francs non soumises à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant. (Le dispositif figure sur la page suivante)