

GE_GERICHTE ATAS/267/2019 vom 1. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_267_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/267/2019 du 1 avril 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/267/2019 del 1 aprile 2019

Erwägungen

E. 26

Par courrier du 4 février 2019, l'OAI a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence un courrier du 25 janvier 2019 que lui adressaient le docteur M_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, psychiatre, et Madame N_____, psychologue traitante par délégation. Il rappelle que dans leur rapport médical à l'OAI (janvier 2016), ils indiquaient que l'état émotionnel du patient, savoir un épisode dépressif moyen sévère, était en lien avec ses douleurs lombaires chroniques ; la précarité financière et l'absence de reconnaissance de son incapacité péjoraient davantage encore son état psychologique. Ils y relevaient aussi que les mesures de réinsertion proposées n'étaient pas adaptées à ses douleurs. Depuis 2015 la situation de l'assurée n'avait pas évolué, malgré de nombreux rappels des professionnels en charge de sa situation, avec notamment un bilan détaillé multidisciplinaire des HUG en février 2010. Le patient était toujours suivi par le....., sur le plan psychiatrique, une fois tous les 15 jours ; il se montre très investi dans ce suivi. Cependant l'absence de perspectives que cette situation engendre se répercute non seulement sur son état émotionnel mais touche également toute la sphère familiale, particulièrement ses enfants. Ils insistent sur le fait que, comme il avait déjà indiqué à l'OAI, l'épisode dépressif pris isolément ne justifie pas une rente dans l'immédiat, mais l'état émotionnel patient pourrait encore s'aggraver à l'avenir si son incapacité physique n'était toujours pas réellement prise en compte.

E. 27

Le recourant a répliqué par courrier du 14 février 2019. Il persiste intégralement dans ses conclusions, et dans les termes de son recours, revenant brièvement sur les différents aspects de ses griefs : s'agissant de l'expertise bidisciplinaire, il rappelle la substance de ses critiques, et observe par ailleurs que cette expertise n'est pas consensuelle comme l'exige la jurisprudence, (chacun des médecins a rendu son propre rapport avec ses propres conclusions, alors qu'ils auraient dû rendre un seul et même rapport prenant en compte l'ensemble des affections, aussi bien psychiques que rhumatologiques). L'aspect neurologique n'a par ailleurs tout simplement pas été investigué alors qu'il avait été mis en évidence à plusieurs reprises notamment par les HUG. L'intimé tente d'appliquer les critères définis par la jurisprudence en matière de TSD, sur la base de ces expertises, alors que cette analyse aurait dû être faite avant de rendre la décision entreprise, et non pas en réponse au recours. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où cette analyse est fondée sur les expertises contestées, elle ne saurait être suivie. Au demeurant, les indicateurs selon la

A/4547/2018 - 11/22 - jurisprudence citée relèvent d'une appréciation médicale et non d'une appréciation juridique, de sorte que l'analyse opérée par le service juridique de l'intimé n'est d'aucune pertinence et n'est pas probante, pour ce motif également. Quant au manque d'instruction du dossier, le recourant persiste à solliciter la réalisation d'une expertise

médicale judiciaire pluridisciplinaire consensuelle, comprenant les affections neurologiques complètement ignorées par l'OAI. Il a également produit le courrier susmentionné (Dr M_____ – voir ci-dessus ch. 26).

E. 28

L'intimé a brièvement dupliqué: il avait transmis au SMR la dernière pièce médicale produite (courrier du 25.01.2019 du Dr M_____), pour avis. Selon le service médical, il apparaît nécessaire de mettre en place une expertise pluridisciplinaire. L'intimé se rallie à ces conclusions et propose le renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Dans son avis du 21 février 2019, le SMR a procédé à une nouvelle synthèse du dossier, observant que l'assuré, âgé de 34 ans, avait bénéficié de trois opérations chirurgicales en raison d'une hernie discale avec récurrence, qu'il avait présenté en parallèle un épisode dépressif moyen à sévère, suivi par un psychiatre. Rappelant les conclusions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique, le SMR observe que dans le cadre de l'audition, les médecins des HUG ont mentionné que l'assuré était au bénéfice d'un neurostimulateur pour le contrôle de ses douleurs. En février 2018, une aggravation était décrite malgré ce dispositif. Ils attestent que l'assuré n'a même pas une CT de 50 % dans une activité adaptée, et qu'il a bien participé à l'examen, les examinateurs ne relevant pas de discordances entre les plaintes de l'assuré et l'importance des répercussions fonctionnelles. Dans le cadre du recours, il est demandé au service médical de se prononcer sur le rapport du psychiatre traitant du 25 janvier 2019 qui fait état d'une aggravation sur le plan psychiatrique malgré un suivi régulier. Par ailleurs, comme souligné par le rhumatologue des HUG, dans son rapport de février 2018, le trouble neurologique fonctionnel n'a pas été examiné lors de l'expertise des Drs G_____ et H_____. Le service médical conclut qu'afin d'évaluer de manière exhaustive toutes les pathologies de l'assuré, et de déterminer la CT résiduelle dans une activité adaptée, il est nécessaire de demander une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie, avec réalisation d'une ECF (évaluation des capacités fonctionnelles). Les experts devront également se positionner sur les conclusions de l'expertise des Drs G_____ et H_____ d'octobre et décembre 2016.

E. 29

Invité par la chambre de céans à se prononcer sur la proposition de l'intimé fondée sur l'avis de son service médical du 21 février 2019, soit sur le principe d'un arrêt de renvoi pour instruction complémentaire, le recourant s'est prononcé par courrier du 18 mars 2019. Pour l'essentiel, il souscrit pleinement aux mesures d'instruction à entreprendre, mais il s'oppose au renvoi du dossier pour la mise en place de celle-ci par l'OAI, préférant que celles-ci soient effectuées sous l'égide de l'autorité

A/4547/2018 - 12/22 - judiciaire. Il estime que la demande de prestations remontant désormais à février 2014, l'intimé a non seulement instruit ce dossier de manière lacunaire, mais également d'une manière extrêmement lente, cette situation étant de nature à créer selon lui un dommage important et très probable à l'assuré, en relation avec son droit aux prestations complémentaires, étant actuellement aidé par l'Hospice général. Il se justifie ainsi de procéder rapidement, ce que, selon lui, l'intimé a démontré ne pas être en mesure de faire, puisqu'il lui a fallu cinq ans pour parvenir à une décision insuffisamment instruite. Il lui semble que l'intimé traite ce dossier avec une certaine prévention à l'égard de l'assuré, se référant aux incidents rappelés ci-dessus au moment du stage (décembre 2017). Ceci dit, et dans l'hypothèse où la chambre de céans devrait procéder à un renvoi du dossier à

l'administration plutôt qu'à une expertise judiciaire, il conclut à l'octroi d'une équitable indemnité valant participation aux honoraires d'avocat du recourant, observant il n'appartient pas à l'assistance juridique d'assumer l'activité d'un conseil entraînée par le défaut d'instruction de la demande de prestations par l'intimé. 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), 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, en particulier sur la question de savoir si sa rente d'invalidité doit être entière et/ou limitée dans le temps. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des

A/4547/2018 - 13/22 - circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er 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). 6. 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

A/4547/2018 - 14/22 - 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 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de

lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

A/4547/2018 - 15/22 - l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26

A/4547/2018 - 16/22 - janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y

a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). b. 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. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. A teneur de 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

A/4547/2018 - 17/22 - raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur

probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral 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). Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

A/4547/2018 - 18/22 - 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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). 10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la

rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

A/4547/2018 - 19/22 - Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable. 11. En l'espèce, la décision entreprise a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour la période du 1er octobre 2014 au 31 juillet 2015, et cette rente cessant trois mois après le début mai 2015, date dès laquelle le SMR, suivi par l'OAI, a estimé que la CT de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé était de 100 %. Après les mesures de réadaptation professionnelle qui lui ont été consenties, l'assuré ayant achevé avec succès une formation dans la gestion de stock, la comparaison des revenus avec et sans invalidité, opérée sur ces bases, le revenu avec invalidité étant fondé sur les salaires statistiques, a établi une perte de gain qui, convertie en pour cent, a déterminé un taux d'invalidité de 14.6 % arrondi à 15 %, ne donnant pas droit à une rente. Le recourant conteste cette décision, tout d'abord en tant qu'elle est essentiellement fondée sur les conclusions des experts G_____ et H_____, auxquelles il dénie toute valeur probante; ensuite en raison du fait que la tentative de reconversion professionnelle qui s'est avérée être un échec, en raison des douleurs présentes, qui empêchaient l'assuré de tenir une activité pendant une journée, reprochant à l'OAI d'avoir failli à son devoir d'instruction, au constat de cet échec, et d'avoir mis fin abruptement à cette mesure, au lieu de mettre en place une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer la réelle CT éventuelle de l'assuré; dans le même registre, soit une carence de l'instruction, le recourant reproche encore à l'administration d'avoir totalement ignoré un aspect significatif de l'atteinte à la santé de l'assuré, soit celui des atteintes neurologiques, signalé depuis longtemps par ses médecins traitants, mais aussi par les spécialistes des HUG ayant procédé à un bilan approfondi sur son état de santé; enfin, il reproche à l'intimé la manière dont il a évalué le revenu avec invalidité en appliquant un abattement insuffisant selon lui – de 10% seulement – pour correspondre à la mise en valeur réaliste de sa CT résiduelle éventuelle, estimant que dans le cas d'espèce une réduction de 25% (maximale) eût été préférable. Sur le fond il estime en substance avoir droit à une rente entière, s'étendant au-delà du 31 juillet 2015. Il a préalablement conclu à la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire consensuelle (psychiatrique, rhumatologique et neurologique), et d'une mesure d'observation professionnelle judiciaire; principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 19 novembre 2018, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, le tout avec suite de frais et dépens; subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) et une

mesure d'observation professionnelle auprès des EPI, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant.

A/4547/2018 - 20/22 - 12. Si dans un premier temps, l'intimé a conclu au rejet du recours, il a modifié sa position en cours d'instruction du recours. Dans la phase pendant laquelle lui était réservée la possibilité de dupliquer, au vu en particulier des considérations du recourant sur réplique, et de la pièce médicale produite (courrier du 25 janvier 2019 du Dr M_____, psychiatre traitant du recourant - que ce médecin avait d'ailleurs directement adressé à l'OAI), l'intimé a à nouveau sollicité l'avis de son service médical. Le SMR, ayant repris l'examen de l'ensemble du dossier, et prenant en compte, en particulier, le rapport détaillé des HUG de février 2018, et le rapport du psychiatre traitant produit en procédure de recours, a finalement conclu qu'afin d'évaluer de manière exhaustive toutes les pathologies de l'assuré, et de déterminer la CT résiduelle dans une activité adaptée, il était nécessaire de demander une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie, avec réalisation d'une ECF (évaluation des capacités fonctionnelles), précisant que les experts devraient également se positionner sur les conclusions de l'expertise des Drs G_____ et H_____ d'octobre et décembre 2016. L'intimé a dès lors suivi son service médical et proposé, sur duplique, que le dossier lui soit retourné pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens recommandé par le SMR. 13. Force est ainsi de constater que finalement l'intimé a partiellement acquiescé aux conclusions du recourant, en admettant, - comme ce dernier y conclut dans le cadre de son recours -, la nécessité de procéder à une nouvelle expertise, pluridisciplinaire, en y ajoutant en particulier l'aspect neurologique, et qu'il soit en outre procédé à une évaluation des capacités fonctionnelles. Reste que le recourant a pris acte de la dernière prise de position de l'intimé, souscrivant au cadre de l'instruction complémentaire proposée par l'OAI, - d'autant qu'elle coïncide avec ses conclusions subsidiaires -, à ceci près toutefois qu'il préférerait que cette instruction complémentaire soit mise en place judiciairement. Il soutient à ce sujet que l'OAI aurait, par son comportement, montré son incapacité à s'acquitter de cette mission dans de bonnes conditions : non seulement il n'aurait pas instruit correctement ce dossier, mais il aurait encore fait preuve d'une grande lenteur pour aboutir à la décision entreprise. Le recourant suggère encore que l'intimé nourrirait quelque prévention à son égard, se référant à la manière dont il a apprécié son comportement, à fin 2017 - début 2018 par rapport au stage de réorientation professionnelle: en lui adressant une sommation après avoir attiré son attention sur son obligation de collaborer pleinement à la mesure professionnelle ordonnée, et pour finalement interrompre cette mesure. Sur les motifs pour lesquels le recourant préférerait que ce complément d'instruction intervienne dans le cadre de la procédure judiciaire en cours, il ne saurait être suivi. S'il apparaît évident que l'OAI aurait dû compléter l'instruction, avant de rendre la décision entreprise, le reproche de lenteur dans l'instruction de la demande, sous prétexte que celle-ci remonte déjà à février 2014 n'est guère soutenable. En effet, la durée de l'instruction s'explique pour plusieurs raisons: les mesures d'instruction qui ont été diligentées

A/4547/2018 - 21/22 - par l'OAI, notamment sur le plan médical; une expertise bidisciplinaire a été rendue nécessaire en raison de l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré, alors même qu'assez rapidement une mesure professionnelle sous la forme d'une formation en tant que gestionnaire de stock avait été accordée, quelques mois à peine après le dépôt de la demande de prestations; l'intéressé a ensuite suivi et réussi la formation

professionnelle octroyée, prolongée par une nouvelle mesure en vue de la recherche d'une place de stage pour sa réinsertion dans le monde du travail. Enfin, le stage professionnel avait à peine commencé, que l'assuré annonçait l'exacerbation soudaine de ses douleurs et qu'il allait immédiatement consulter son médecin traitant; le prononcé immédiat d'une incapacité totale de travail, suivie d'une demande de vacances, en fin d'année, ne se limitant pas seulement à la période de fermeture de l'entreprise, le tout assorti des premières appréciations du responsable de sa formation en stage, avait de quoi susciter des doutes quant à la motivation sérieuse de l'assuré de reprendre une activité professionnelle. Quoiqu'il en soit, l'évolution des choses a montré qu'il convenait de procéder à une appréciation plus nuancée, sous cet angle, l'intimé ayant spontanément modifié sa position en cours de procédure de recours. Ainsi il n'y a lieu de craindre, dans le cadre de la reprise de ce dossier, ni un manque de diligence de l'OAI, ni une prévention de sa part. Du reste, le recourant lui-même concluait, déjà dans le cadre de son acte de recours, mais aussi dans son dernier courrier, à titre subsidiaire, au retour du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Ainsi la chambre de céans est d'avis que le retour du dossier à l'intimé pour la mise en place de cette instruction complémentaire est préférable à une instruction complémentaire judiciaire, d'autant que l'expertise complémentaire multidisciplinaire devra être organisée selon la procédure aléatoire via la plate-forme med@P, et la mesure d'évaluation des capacités fonctionnelles sera plus facilement mise en œuvre sous l'égide de l'OAI. 14. Au vu de ce renvoi, la chambre de céans n'a à se prononcer, à ce stade, ni sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire G_____ et H_____, qui fera l'objet d'un examen par les experts qui seront désignés, ni d'ailleurs sur les autres aspects et griefs développés par le recourant. 15. Le recourant obtenant gain de cause, l'intervention de son conseil en cours de procédure ayant été rendue nécessaire par la complexité du cas et la position initiale de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- 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]); 16. La procédure n'est pas 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 300.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/4547/2018 - 22/22 - Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.