

GE_GERICHTE A/1253/2017 vom 18. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1253_2017

FR: GE_GERICHTE A/1253/2017 du 18 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/1253/2017 del 18 gennaio 2018

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré), né en _____ 1968, ressortissant portugais, a exercé la profession de carreleur à plein temps à compter de novembre 2003. [endif]>![if> 2. Le 15 septembre 2014, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant des lombalgies chroniques. [endif]>![if> 3. Par décision du 17 novembre 2015, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation. [endif]>![if> Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport du 20 juin 2014 de la doctoresse B_____, rhumatologue, exerçant à la clinique Corela, retenant en particulier les diagnostics suivants : au niveau cervical, une discopathie C5-C6 et une uncarthrose C5-C6 bilatérale - atteintes dont il était précisé qu'elles étaient stabilisées - ; au niveau lombaire, une discopathie protrusive L4-L5 et une discopathie L5-S1, avec débord disco-ostéophytique foraminaux bilatéraux - atteintes dont il était souligné qu'elles étaient en phase de rémission retardée (une certaine raideur rachidienne persistait, malgré une médication antalgique et anti-inflammatoire) - ; l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle jusqu'au 7 juillet 2014, mais après une réhabilitation à l'Hôpital de Beau-Séjour, l'assuré devait recouvrer une pleine capacité de travail ; [endif]>![if> - un rapport du 26 août 2014 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, de l'Hôpital de Beau-Séjour, concluant à des lombosciatalgies droites chroniques avec discopathies dégénératives étagées lombaires ne réagissant pas aux infiltrations, à un raccourcissement des ischio-jambiers et des muscles droits fémoraux, à une insuffisance musculaire de la sangle lombo-abdominale et à une inégalité des membres inférieurs de 15mm en défaveur de la droite ; selon le médecin, on ne pouvait admettre une pleine capacité de travail ; en revanche, une reprise à 50%, d'abord, durant quatre à six semaines était envisageable; [endif]>![if> - un rapport du 7 octobre 2014 du Dr C_____, confirmant les diagnostics précédemment posés et précisant qu'une tentative de physiothérapie en ambulatoire s'était soldée par un échec ; l'incapacité était totale dans l'activité de carreleur depuis le 15 juillet 2014 ; cette activité était encore exigible, mais devrait être reprise progressivement ; [endif]>![if> - un rapport du 29 octobre 2014 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, confirmant le diagnostic de lombosciatalgie droite chronique sur discopathies dégénératives lombaires avec fragment discal et paramédian droit ; selon ce médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible et on ne pouvait compter sur une amélioration de la capacité de travail ; [endif]>![if> - un rapport du 3 novembre 2014, établi par le service de réadaptation de l'OAI, dont il ressortait que l'assuré s'estimait

incapable de reprendre son activité et sollicitait une aide à la réinsertion et une rente ; il était relevé que l'assuré parlait peu le français (il n'avait jamais eu l'occasion de l'apprendre, ayant toujours travaillé avec des employeurs et collègues portugais, espagnols ou italiens), et qu'il avait interrompu très tôt sa scolarité pour entrer dans la vie active, de sorte qu'il ne savait ni lire ni écrire ; il avait été en arrêt de travail à 100% du 14 février au 20 juillet 2014, à 50% du 21 au 31 juillet 2014, puis à 100% dès le 1er septembre 2014 (cf. également courrier de l'assureur perte de gain du 19 novembre 2014);

!endif>!

!if> - une note de l'OAI des 4 décembre 2014 et 5 février 2015, mentionnant une reprise du travail à raison de 50% début 2015 durant une semaine au-delà de laquelle l'assuré avait à nouveau été mis en arrêt de travail ; l'employeur avait indiqué ne disposer d'aucun poste adapté à son état de santé ; l'assuré, pour sa part, estimait ne plus pouvoir exercer son métier et sollicitait l'octroi d'une rente ;

!endif>!

!if> - un rapport du 22 février 2015 de la Dresse D_____, évaluant la capacité de travail de son patient à 0% dans l'activité habituelle, de 50 à 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant le port de charges et permettant l'alternance des positions ;

!endif>!

!if> - un courrier de l'employeur du 23 février 2015, mentionnant des arrêts de travail de 100% du 1er septembre 2014 au 11 janvier 2015, de 50% du 12 au 22 janvier 2015, puis de 100% à nouveau dès le 23 janvier 2015 ;

!endif>!

!if> - un rapport du 9 juin 2015 du Dr C_____, concluant à un état stationnaire chronicisé depuis mai 2014 ; ce médecin retenait à titre de limitations fonctionnelles le fait de devoir éviter le port de charges, les positions statiques et les agenouillements ; selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50% depuis septembre 2014 ;

!endif>!

!if> - un courrier de l'office cantonal de l'emploi (OCE) du 23 juin 2015, indiquant que l'assuré s'était inscrit au chômage le 1er juin 2015 et recherchait une activité à 100% ;

!endif>!

!if> - un avis du 24 septembre 2015 du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), admettant l'incapacité totale de l'assuré à exercer son ancienne activité depuis le 14 février 2014, mais lui reconnaissant en revanche une pleine capacité dans une activité adaptée, c'est-à-dire épargnant son dos (pas de port de charges, pas de position statique prolongée, pas de position en porte-à-faux, pas de genuflexion ou d'accroupissement, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable, pas de position statique debout immobile) et ce, depuis toujours ;

!endif>!

!if> - un rapport du 25 septembre 2015, établi par l'entreprise sociale privée PRO (ci-après : la Fondation PRO) suite à une évaluation professionnelle effectuée du 31 août au 25 septembre 2015 ; à l'issue des stages, l'assuré était décrit comme parfaitement capable de s'adapter, tant à son environnement de travail qu'aux activités demandées ; il était souligné qu'il avait fait preuve d'engagement, d'investissement, voire même de plaisir, démontrant ainsi sa motivation à retrouver une activité ; les quatre semaines de mesure avaient beaucoup sollicité l'assuré sur le plan physique, mais il s'était malgré tout pleinement engagé ; il avait démontré de très bonnes aptitudes techniques et manuelles, mais un déficit significatif au niveau de l'endurance et de la résistance physique avait été noté ; les limitations fonctionnelles étaient importantes : l'assuré devait continuellement changer d'activité et de position, en raison des douleurs se manifestant après une heure de travail et des crispations en résultant (visage tendu, tremblements) ; selon la Fondation PRO, aucune réorientation n'était possible à ce stade ; au final, une réévaluation médicale était préconisée.

!endif>!

!if> 4. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a partiellement admis par arrêt du 23 juin 2016 (ATAS/526/2016), en ce sens qu'elle a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction s'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré - seule litigieuse - à compter de juillet 2014, puis rende une

nouvelle décision. [!][endif]>[!][if> En substance, la Cour a constaté que les premiers médecins consultés en juin et octobre 2014 n'avaient pas évalué la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à ceux qui s'étaient prononcés par la suite, en 2015, ils n'avaient pas pris position sur les observations concrètes de la Fondation PRO, laquelle avait noté un rendement amoindri dans une activité adaptée, sans toutefois spécifier dans quelle mesure. En outre, le SMR n'avait pas motivé ses conclusions selon lesquelles l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100% « depuis toujours », de sorte que la mise en œuvre d'une expertise complémentaire s'avérait nécessaire, par exemple auprès d'un centre tel que la Clinique de réadaptation de Sion. 5. L'OAI a repris l'instruction du dossier et l'a complété avec, notamment, les éléments suivants : [!][endif]>[!][if> - un avis du 21 novembre 2016 du SMR, proposant la mise sur pied d'une expertise rhumatologique afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée depuis juillet 2014, date à compter de laquelle l'assuré avait pu reprendre son activité habituelle à 50% durant une dizaine de jours ; [!][endif]>[!][if> - le rapport d'examen rédigé le 30 janvier 2017 par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, praticien auprès du SMR, constatant que, par rapport à l'expertise réalisée en 2014, il n'y avait pas eu d'aggravation au niveau lombaire, que ce soit au plan clinique ou radiologique ; les diagnostics retenus étaient les suivants : lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies prédominant en L4-L5 et L5-S1 et une arthrose des articulations postérieures ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail : une discopathie C5-C6 avec uncarthrose, une légère arthrose de la hanche droite et un status après probable fracture de la rotule du genou gauche ; étaient retenues à titre de limitations fonctionnelles, l'interdiction du port de charges, des postures en porte-à-faux lombaire ou en extension lombaire, ainsi que le fait de devoir éviter les mouvements répétitifs de rotation lombaire et la position debout statique au-delà de 15 minutes ; se référant aux rapports des Drs C_____ et D_____, établis en 2014, le Dr E_____ a estimé que la lombosciatalgie justifiait une incapacité de travail dans toute activité dès le 14 février 2014 ; se basant sur le rapport du Dr C_____ du 26 août 2014, il a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée après la fin du programme de réhabilitation à l'Hôpital de Beau-Séjour, soit à partir du 27 août 2014 ; en effet, l'examen pratiqué à ce moment-là était rassurant et montrait que l'assuré disposait de ressources physiques, notamment une tolérance de la colonne lombaire aux contraintes mécaniques. [!][endif]>[!][if> 6. À l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI, par décision du 7 mars 2017, a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. [!][endif]>[!][if> L'OAI a admis, depuis septembre 2014, début du délai d'attente d'un an, une capacité de travail considérablement restreinte dans l'activité habituelle. En revanche, se basant sur l'expertise précitée, il a considéré que l'assuré avait recouvré une capacité de travail théorique raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, depuis le 27 août 2014. Dès lors, l'OAI a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré en 2014, soit CHF 68'712.60, selon les renseignements fournis par son employeur, à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité adaptée, en tenant compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, soit CHF 59'517.-. La perte de gain de CHF 9'196.- en découlant correspondait à un degré d'invalidité de 13%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou à un reclassement professionnel. 7. Par acte du 6 avril 2017, complété le 27 juin 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une

rente entière dès le 15 septembre 2014. ![/endif]>![if> Le recourant reproche à l'intimé de l'avoir fait examiner par son service médical plutôt que par un centre d'expertise indépendant, contrairement à ce que la juridiction cantonale avait suggéré dans son arrêt du 23 juin 2016. Il déplore que, contrairement aux considérants de l'arrêt de renvoi, l'expert du SMR n'ait ni discuté les constatations de la Fondation PRO, ni motivé ses conclusions quant à l'existence d'une pleine capacité de travail. Il soutient en outre que le rapport d'expertise est contradictoire, dans la mesure où l'expert se fonde, pour conclure à une pleine capacité de travail dès le 27 août 2014 sur le rapport rédigé le 26 août 2014 par le Dr C_____, alors que celui-ci préconisait pourtant une reprise du travail à 50% d'abord, pendant quatre à six semaines à compter de septembre 2014, dans une activité permettant l'alternance des positions et l'évitement des travaux de manutention (cf. rapport dudit médecin du 9 juin 2015). Le recourant rappelle que l'OCE l'a jugé inapte à un placement à 100%, et que selon la Fondation PRO, il n'est pas en mesure de réintégrer le marché primaire du travail, dès lors qu'aucune réorientation professionnelle n'est possible pour lui. Il dit ne pas voir quel emploi pourrait lui convenir, alors qu'il ne dispose d'aucune formation, hormis dans le domaine du bâtiment. À l'appui de son écriture, le recourant produit : - un avis émis le 20 septembre 2016 par la Dresse D_____, à l'intention du médecin-conseil de l'OCE, concluant à une incapacité de travail définitive au vu des douleurs, qualifiées de chroniques et très difficilement traitables ; ![/endif]>![if> - le préavis émis le 6 octobre 2016 par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'OCE, concluant à une incapacité de travail totale et définitive dès « mai-juin 2016 » et répondant par la négative à la question de savoir s'il fallait envisager un travail sélectif.![endif]>![if> 8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 29 mai 2017, complétée le 27 juillet 2017, a conclu au rejet du recours. ![/endif]>![if> Selon l'intimé, le recourant est pleinement capable d'exercer une activité adaptée. L'intimé soutient que le rapport du Dr E_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, il conclut à une capacité de travail de 100% depuis le 27 août 2014, s'agissant d'une activité adaptée sédentaire permettant l'alternance des positions et le respect des limitations fonctionnelles d'épargne lombaire. L'intimé estime qu'il existe un nombre significatif d'activités adaptées et accessibles sans aucune formation particulière, par exemple dans la surveillance ou le contrôle à l'établi dans l'industrie légère. Il ajoute que le Dr E_____ - dont les constatations l'emportent sur celles issues du stage d'observation professionnelle - a tenu compte du stage effectué chez PRO, mais n'a pas constaté de baisse de rendement. Il note que le Dr C_____, dans ses rapports, ne s'est jamais prononcé sur la capacité de son patient à exercer une activité adaptée à ses limitations. Il souligne par ailleurs que ce sont des facteurs étrangers à l'invalidité, tels le faible niveau scolaire, les mauvaises connaissances de la langue française ou encore l'éloignement de l'épouse et de la fille de l'assuré qui jouent un rôle majeur dans l'inactivité professionnelle de l'assuré. Enfin, l'intimé se réfère à un nouvel avis du SMR du 25 juillet 2017, estimant que le rapport de la Dresse D_____ du 20 septembre 2016 n'apporte aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation. 9. Le recourant a répliqué le 28 août 2016, en persistant dans ses conclusions.![endif]>![if> Selon lui, les conclusions du Dr E_____ préconisant une reprise du travail à 100% dès août 2014 sont insoutenables, puisque fondées sur un rapport du Dr C_____ ne fournissant pas d'élément en ce sens. Il rappelle que ce médecin a conclu à une capacité de travail théorique de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. 10. Cette écriture transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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).
2. À 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.
3. 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).
b. En l'occurrence, bien que la décision querellée nie le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, dans son recours, l'assuré conclut à l'allocation d'une rente entière, sans revendiquer l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Le litige se limite donc à la question de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité.
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 gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est,

respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 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 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b/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 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). b/cc. 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). b/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). c. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles

concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I. 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; I.35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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).

10. 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 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

11. a. En l'espèce, la décision attaquée retient, sur la base du rapport de l'examen clinique du 30 janvier 2017, que si le recourant dispose d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de carreleur depuis le 14 février 2014, il a en revanche recouvré une pleine capacité de travail s'agissant d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 27 août 2014, ce que le recourant conteste, alléguant être totalement incapable d'exercer la moindre activité.

b. Il convient donc d'analyser la valeur probante du rapport d'examen précité, lequel émane du Dr E_____, praticien auprès du SMR. Au préalable, contrairement à ce que soutient le recourant, le simple fait que ce rapport ait été établi par un médecin du SMR, lié à l'assureur-invalidité par un rapport de travail, ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral I.827/05 du 18 octobre 2006 consid. 3.2). Dans son arrêt de renvoi du 23 juin 2016, la Cour de céans a estimé qu'une expertise complémentaire était nécessaire. Si elle a effectivement mentionné la Clinique de réadaptation de Sion, c'était seulement à titre d'exemple. Il convient d'examiner si le rapport d'examen du Dr E_____ répond aux requis juridiques en matière de valeur probante. À cet égard, la Cour de céans observe que ce document a été établi sur la base du dossier du recourant, d'une anamnèse comprenant un volet familial, personnel, professionnel et médical, des plaintes du recourant et de l'examen clinique effectué le 18 janvier 2017. Cela étant, les conclusions du médecin, peu étayées et incohérentes, n'emportent pas la conviction. En effet, le Dr E_____, se référant au rapport du Dr C_____ du 26 août 2014, conclut que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 27 août 2014, alors que, quelques lignes plus haut, il considérait, se basant sur le même rapport ainsi que sur ceux rédigés postérieurement par les médecins traitants les 7 et 29 octobre 2014, que la lombosciatalgie justifiait une incapacité de travail dans toute activité. En l'absence d'explications circonstanciées, on ne voit pas comment le recourant pourrait jouir d'une pleine capacité de travail résiduelle à partir du 27 août 2014, si s'appuyant sur des rapports médicaux établis après cette date, le Dr E_____ lui-même retient que l'intéressé était incapable d'exercer la moindre activité. Qui plus est, dans son rapport du 22 février 2015, la Dresse D_____ conclut à une capacité de travail située entre 50 et 100% dans une activité adaptée, et dans son rapport du 9 juin 2015, le Dr C_____ retient, une capacité de travail résiduelle de 50% dès septembre 2014. Force est de constater que les avis des médecins traitants et celui du médecin SMR diffèrent s'agissant de la capacité de travail à retenir dans une activité adaptée et de la date à partir de laquelle celle-ci serait exigible. Or, le Dr E_____ ne discute pas ces divers éléments, alors qu'il lui appartenait d'étayer son point de vue divergent. On attendait également de l'examineur du SMR qu'il prenne position par rapport aux observations concrètes de la Fondation PRO, ce qu'il n'a pas fait, contrairement à ce que soutient l'intimé, puisque le Dr E_____ se borne à indiquer la durée du stage, le rendement en qualité et en temps observé ainsi que les activités réalisées. Même si l'avis dûment motivé d'un médecin - ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce - prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré, il y a lieu de rappeler qu'à l'issue du stage d'observation professionnelle, les responsables sont arrivés à la conclusion que, quand bien même le recourant s'était engagé à 100%, un déficit significatif au niveau de l'endurance et de la résistance physique avait été noté, mettant également en exergue que ce dernier devait continuellement changer d'activité et de

position, en raison des douleurs qui se manifestaient après une heure de travail et du fait qu'il se crispait de plus en plus (visage tendu, tremblements). Sur la base de ces éléments, la Cour de céans considère que le rapport du Dr E_____ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. c. Cependant, contrairement à ce que souhaiterait le recourant, on ne saurait se baser sur les seuls rapports des Drs D_____ et F_____ des 20 septembre et 6 octobre 2016 pour retenir que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. En effet, les dits rapports apparaissent eux aussi insuffisamment motivés. d. À ce stade, faute d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, notamment au vu du rapport d'observation professionnelle et du rapport lacunaire du Dr E_____, l'intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire. Pour ces motifs, il se justifie de lui renvoyer une nouvelle fois la cause pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale indépendante selon l'art. 44 LPGa, dès lors que des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). 12. a. La Cour de céans rappelle, par économie de procédure - puisque la critique formulée ci-après est indépendante de la capacité de travail qui sera retenue par l'expert - que, pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.1), soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). b. En l'espèce, dès lors qu'il a été établi que le recourant se trouve, depuis le 14 février 2014 dans l'incapacité d'exercer une activité lucrative à plus de 40%, le délai d'attente d'un an est parvenu à échéance le 14 février 2015. C'est donc en 2015 - et non en 2014, comme retenu à tort par l'intimé - qu'il conviendra de se placer pour procéder à la comparaison des revenus. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, représenté, obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- 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 – RS/GE E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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