

GE_GERICHTE A/1265/2016 vom 21. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1265_2016

FR: GE_GERICHTE A/1265/2016 du 21 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/1265/2016 del 21 marzo 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, représenté par APAS-Assoc. permanence de défense des patients et assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 15 octobre 2014, l'Hospice général a annoncé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), au titre de la détection précoce, le cas de Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, ressortissant palestinien naturalisé suisse, établi dans le canton de Genève, marié, père de deux enfants. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 16 décembre 2013, en raison d'une hernie discale l'empêchant de porter des charges lourdes, selon des certificats médicaux établis les 10 mars, 12 juin et 15 juillet 2014 par son médecin traitant généraliste, la docteure B_____. L'OAI a rencontré l'assuré le 24 novembre 2014 pour un bilan de situation. L'assuré a indiqué avoir des douleurs depuis 2006 à la colonne cervicale ; il ne pouvait plus tourner la tête, avait des douleurs en permanence, des difficultés à lever et baisser la tête, ainsi que des douleurs en bas du dos. Des examens étaient en cours. Dans son dernier emploi, l'assuré avait été employé polyvalent dans le carrelage, la parqueterie et la pose de papiers-peints. Il avait été licencié en 2009 pour des raisons économiques. Il était suivi par l'Hospice général depuis 2010. Il ne pouvait plus assumer le port de charges et les positions inhérents à son activité professionnelle. Il ne pensait pas pouvoir retravailler. Des rapports médicaux (certains anciens) ont été remis à l'OAI, soit, notamment : - un rapport d'imagerie médicale du 20 octobre 2014 du docteur C_____, l'assuré avait une dégénérescence discale de C2-C3 jusqu'à C7-D1 avec discarthrose sévère C3-C4, C4-C5 et C5-C6, une uncarthrose C2-C3 avec aspect hypertrophié des facettes articulaires, une uncarthrose sévère C3-C4 rétrécissant le canal radiculaire droit en conflit avec la racine C4 droite dans son trajet foraminal, une protrusion discale C4-C5 avec uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires, une protrusion discale C5-C6 couverte partiellement par une ostéophytose appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural avec uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires surtout gauche en conflit avec la racine C6 gauche dans son trajet foraminal, et une zone de myélomalacie au sein du cordon médullaire à la hauteur de C5 ; - un rapport du 11 novembre 2005 du docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, concernant des douleurs apparues dans la région cervicale, irradiant au niveau du trapèze et de l'épaule à droite, à la suite du port de charge d'environ 30 kg comme carreleur, rapport fondé sur un examen clinique et un bilan radiologique du 27 octobre 2005 du Dr C_____ ; l'assuré présentait des cervico-brachialgies avec des irradiations douloureuses au niveau du trapèze et du moignon de l'épaule gauche apparues sans notion de traumatisme, ladite symptomatologie ayant pu être provoquée par des efforts répétés ; le Dr D_____ ne pouvait confirmer un écrasement

musculaire avec suspicion de déchirure du trapèze (diagnostic évoqué par l'assuré) ;

4. Le 17 décembre 2014, l'assuré a saisi l'OAI d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de hernies cervicales et discales ; il avait des douleurs au dos et à l'épaule droite, et était en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 décembre 2013. Son médecin traitant était la Dre B_____.

5. D'un courrier du 8 janvier 2015 de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) à l'OAI résulte que l'assuré avait bénéficié d'indemnités de chômage durant un délai-cadre d'indemnisation s'étant étendu du 1^{er} mars 2010 au 29 février 2012, et qu'il avait eu un accident le 9 juillet 2010.

6. Dans un rapport médical du 18 janvier 2015, la Dre B_____ a indiqué les trois diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail, depuis le 11 décembre 1996 : 1. cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale, sur protrusions discales C4-C5, C5-C6 et sur probable instabilité cervicale – glissement antérieur de C2 ; 2. scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et sur déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur ; 3. état anxieux important. Au titre de l'anamnèse, ledit médecin relatait que l'assuré, qu'elle suivait depuis le 11 décembre 1996, l'avait consultée le 16 décembre 2013 pour d'importantes douleurs au niveau de la colonne CDorsale depuis 2005, avec une aggravation de la symptomatologie clinique depuis 2 à 3 mois ; il s'était plaint de douleurs continues irradiant aux épaules ddc, au niveau du MSD, douleurs accompagnées de blocages au niveau CDorsal, de fourmillements aux mains, de maux de tête, de nervosité, de stress, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. Le constat médical dudit médecin était que l'assuré était angoissé, triste avec faciès déprimé, mais bien orienté dans le temps et l'espace, qu'il avait une conversation cohérente, la parole fluide ; à l'auscultation, il y avait des douleurs à la percussion au niveau de la colonne CDorsale avec contracture de la musculature para-vertébrale ddc, limitation dans les mouvements de la tête, légère scoliose CDLombaire, des douleurs à la palpation au niveau de la face antérieure de l'épaule droite et lors de mouvements du MSD. Le traitement consistait en la prise de médicaments, de la physiothérapie et de la psychothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 décembre 2013 ; compte tenu de ses importants troubles au niveau du rachis cervical et à l'épaule droite, l'assuré ne pouvait porter des charges lourdes ni effectuer des travaux lourds ; l'activité exercée n'était plus exigible ; s'agissant d'une activité adaptée au handicap, il fallait voir l'évolution clinique.

7. Dans un formulaire à l'adresse de l'OAI, l'assistant social qui le suivait à l'Hospice général a indiqué, le 21 janvier 2015, que mis à part ses problèmes physiques, l'assuré pouvait être très irritable ; ni ledit assistant social ni le médecin de l'assuré n'avaient pu conseiller un psychologue.

8. Le 12 février 2015, l'OAI a attribué le dossier à une psychologue, conseillère en réadaptation, dans le but d'évaluer et mettre en place une mesure d'orientation et d'aide au placement en concertation avec la fondation Intégration Pour Tous (ci-après : IPT). Lors de l'entretien d'évaluation, qui a eu lieu le 16 avril 2015, proposition a été faite à l'assuré de participer à une mesure active chez IPT, proposition qu'il a acceptée après avoir pris le conseil de son

médecin traitant. Le 8 mai 2015, un contrat d'objectifs tripartite a été conclu entre l'assuré, l'OAI et IPT, en vue d'un placement, que, par communication du 26 mai 2015, l'OAI a déclaré prendre en charge. L'assuré a débuté sa mesure en participant à des modules (prises d'information en entreprise, présentation, restitution des démarches effectuées), puis en partant à la recherche d'un stage d'observation en qualité d'agent d'entretien dans des établissements médicaux-sociaux et les établissements hospitaliers du canton de Genève, avec l'appui de IPT. Il n'a pas été possible de mettre en place un stage d'observation, l'assuré s'étant montré trop peu motivé lors de l'entretien obtenu. IPT l'a alors fait participer à des modules préparatoires (gestion du changement, raisonnement logique et communication), mais l'assuré ne s'est pas montré coopérant. Lors d'entretiens tripartites, au cours desquels il a été fait état du manque d'investissement de l'assuré, ce dernier a reconnu n'avoir pas aimé ses formations, estimant n'avoir rien à y faire, parce qu'il était en arrêt de travail à 100 %, et avait des douleurs trop importantes ne lui permettant pas d'envisager un retour à l'emploi dans l'immédiat. Au terme d'un entretien de réseau, il a été envisagé, selon rapport du 7 septembre 2015, de clore le dossier de l'assuré face au manque de motivation et d'investissement démontré par ce dernier. Le 16 septembre 2015, lors d'un entretien quadripartite (incluant l'assistante sociale de l'assuré), ce dernier a exprimé que IPT n'était pas une bonne mesure pour lui, sans savoir ce qu'il lui faudrait ; il avait trop de douleurs pour travailler (4 sur 10 sur une échelle des douleurs) ; s'il marchait plus de 10 à 15 minutes, il avait mal ; il n'avait pas pu tester d'emploi n'impliquant pas de port de charges. Compte tenu de son manque d'investissement dans les modules théoriques et de son manque de motivation à rechercher un stage, le dossier IPT a été clos. 9. Dans l'intervalle, dans un rapport médical intermédiaire du 21 juin 2015, la Dre B _____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré, qu'elle avait vu les 28 avril et 26 mai 2015, s'était aggravé depuis environ six mois, sans changement dans les diagnostics, qui avaient tous une influence sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait de la persistance de douleurs au niveau du rachis CDLombaire, irradiant au niveau des MIs et accompagnées de blocages au niveau DLombaire, ainsi que de douleurs à l'épaule droite, d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. Le pronostic était mauvais. Un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. À ce rapport était joint un rapport d'imagerie médicale du 29 janvier 2015 du Dr C _____, faisant état, à la suite d'un nouvel examen de la colonne lombaire, d'une scoliose à convexité gauche avec accentuation de l'lordose physiologique, d'une ostéophytose antérieure en D11, D12 et à moindre degré L1, d'une cunéisation des vertèbres L1, L2, L3, L4, d'un phénomène de vide bordant les plateaux supérieur, inférieur de L3 et supérieur de L4 avec ostéophytose adjacente traduisant des dégénérescences discales focalisées, d'une discrète sclérose des facettes articulaires postérieures en L4-L5, d'un angle lombo-sacré dans les limites de la norme, mesurant 43.1°, d'une sclérose des pieds des articulations sacro-iliaques pouvant être en relation avec des phénomènes de surcharge, et d'une bascule du bassin à droite de 4 mm par rapport au côté gauche, non significative, mais pas de discopathie significative. 10. Dans un avis médical du 27 octobre 2015, la doctoresse E _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), spécialiste FMH en pédiatrie, a retenu que l'assuré avait des cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs C3-C6 et L3-L4, une longue maladie ayant débuté le 16 décembre 2013 ; depuis cette date-ci, sa capacité de travail était de 0 % dans son activité habituelle de carreur, mais de 100 % dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, consistant à ne pas devoir porter des charges de

plus de 10 kg, ni à effectuer un travail physique ; il lui fallait un travail uniquement sédentaire ; l'assuré ne présentait pas d'atteinte psychique prépondérante. !

11. Le 2 novembre 2015, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré, sur la base d'un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 62'824.-, à savoir, d'après le tableau TA1, tous secteurs confondus pour une activité simple et répétitive de niveau 1 à 100 % de l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires (ci-après : ESS) 2012 pour une durée normale hebdomadaire de 41.7 heures, soit CHF 65'177.-, indexé pour l'année 2014 à CHF 66'130.-, sous déduction d'un abattement de 5 % et d'un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 66'130.- (d'après le même tableau TA1 de l'ESS 2012 actualisé à 2014, sans abattement). La différence de gain était de CHF 3'306.-, à savoir de 5 % (CHF 3'306.-/[CHF 66'130.-/100]). !

12. Le 12 janvier 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son projet de lui refuser tant une rente d'invalidité que des mesures professionnelles. Faisant sien l'avis précité du SMR, l'OAI retiendrait que, dès le 16 décembre 2013, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que, sur la base des revenus précités avec et sans invalidité, sa perte de gain, donc son degré d'invalidité serait de 5 %, ne donnant droit ni à une rente d'invalidité (étant inférieur à 40 %), ni à un reclassement professionnel (étant inférieur à 20 %) ; une mesure d'orientation professionnelle n'était pas nécessaire, du fait que les secteurs de la production et des services pris en compte offraient un large éventail d'activités non qualifiées dont un nombre significatif étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré ; une mesure d'aide au placement n'était pas non plus nécessaire, du fait que les difficultés de trouver un travail approprié par ses propres moyens n'étaient pas dues à son état de santé. !

13. Par courrier du 8 février 2016, l'assuré a contesté ce projet de décision. Ses problèmes de santé ne lui permettaient pas d'assumer une vie professionnelle, ainsi que l'attestait la Dre B_____ dans un certificat médical du 25 janvier 2016. Son dossier devait être réévalué, dans la perspective de l'octroi d'une rente d'invalidité ; un rendez-vous avec l'un des médecins de l'OAI devait lui être accordé. !

Aux termes du certificat médical en question, l'assuré souffrait de nombreuses pathologies, notamment de rachialgies sur probable instabilité cervicale, d'une tendinopathie récidivante aux épaules et d'un état anxieux voire d'un état anxio-dépressif, sans que les nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapies n'apportent d'amélioration notable sur le plan clinique. L'assuré continuait à se plaindre de la persistance d'importants douleurs et blocages tant au niveau du rachis cervico-dorsal qu'aux épaules, et il se plaignait de maux de tête, de tristesse, de nervosité, d'angoisse, d'asthénie, d'hallucinations auditives et visuelles et de troubles du sommeil. Son état de santé s'aggravait de jour en jour tant sur le plan physique que psychique ; il ne lui permettait pas de travailler. Il était souhaitable qu'un médecin-conseil de l'AI revoie son cas. À son courrier précité, l'assuré a joint en outre un rapport du 7 novembre 2005 de la Dre B_____ à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents – SUVA relatif à un accident survenu le 5 septembre 2005. L'assuré était venu voir ledit médecin le 13 septembre 2005 à propos d'importantes douleurs qu'il ressentait au niveau de la colonne cervicale et à l'épaule droite depuis une semaine, suite au soulèvement quotidien et fréquent au travail de poids de 25 à 30 kg. Au status du 13 septembre 2005, l'assuré apparaissait angoissé, nerveux, triste au faciès légèrement déprimé. Les diagnostics posés étaient ceux de tendinopathie post-traumatique à l'épaule droite et sur déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, d'écrasement musculaire du trapèze droit avec forte suspicion de déchirure de fibres musculaires localement par compression, de

cervico-brachialgie aiguës droites post-traumatiques et sur probable instabilité cervicale – glissement antérieur de C2, et d'état anxieux post-traumatique. Les douleurs persistaient malgré les traitements médicamenteux et de physiothérapie. 14. Par avis médical du 18 février 2016, la docteure F_____ du SMR a indiqué que le certificat médical du 25 janvier 2016 de la Dre B_____ n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions du dernier rapport du SMR, qui restait valable. 15. Se référant à cet avis médical du SMR, l'OAI a, par décision du 8 mars 2016 reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité du 12 janvier 2016, nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. 16. Par acte du 25 avril 2016, désormais représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : APAS), l'assuré a recouru contre cette décisions auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu préalablement à l'audition de la Dre B_____ et à la réalisation d'une expertise tri-disciplinaire (orthopédique, rhumatologique et psychiatrique), et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation de son droit à des prestations de l'AI, sous suite de frais et dépens. L'OAI n'avait pas instruit le dossier ; il avait fait examiner le dossier médical uniquement par le SMR, par le biais d'une pédiatre, qui s'était prononcée sur les atteintes à la santé physique de l'assuré en quelques lignes, sans expliquer pourquoi l'avis du médecin traitant était écarté, sans examiner les limitations fonctionnelles du point de vue physique et sans investiguer du tout les atteintes psychiques. Il fallait que la chambre des assurances sociales fasse réaliser une expertise médicale judiciaire, dans les trois disciplines de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la psychiatrie. L'OAI n'avait pas non plus examiné s'il fallait retenir une perte de rendement. Il avait en outre insuffisamment réduit le revenu avec invalidité en raison des limitations fonctionnelles (soit de 5 % seulement, au lieu de 20 %). En annexe à son recours, l'assuré a produit un rapport du 19 avril 2016 de la Dre G_____, qui retenait les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale, sur protrusions discales C4-C5, C5-C6 et sur probable instabilité cervicale, glissement antérieur de C2, de scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et sur déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, d'état anxieux important voire d'état anxio-dépressif, et de probable syndrome du tunnel carpien droit. Malgré les nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie, l'assuré se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de la colonne cervicale et à l'épaule droite, irradiant au niveau de la colonne dorso-lombaire et du MSD accompagnées de blocages au niveau cervico-dorsal et de fourmillements au niveau du MSD. Il y avait aussi une péjoration de l'état de santé sur le plan psychique ; l'assuré restait très angoissé et déprimé et se plaignait d'angoisse, d'asthénie, d'hallucinations et de troubles du sommeil. Son état de santé physique et psychique ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation adéquate, mais le pronostic restait bon. 17. Par mémoire de réponse du 24 mai 2016, accompagné d'un avis médical du 11 mai 2016 du docteur H_____ du SMR, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il avait tenu compte des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg et pas de travail physique, mais un travail uniquement sédentaire), soit celles indiquées par le médecin traitant. Le tableau clinique était dominé par une problématique de nature essentiellement physique ; il n'y avait pas dans le dossier d'élément médical objectif faisant état de trouble psychique de nature à influencer la capacité de travail de l'assuré ; la demande de mettre en œuvre une nouvelle instruction portant sur l'aspect psychiatrique n'était pas justifiée. La mise en œuvre d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de

santé pouvait objectivement être exigée de l'assuré. L'avis du médecin du SMR ne pouvait être écarté pour le motif que ledit médecin n'était pas titulaire d'une spécialisation particulière, tout médecin étant en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport médical. Il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs pouvant remettre en cause l'appréciation faite par le SMR et l'OAI. Le taux d'abattement appliqué relevait d'une évaluation faite dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI, à laquelle le juge ne pouvait en principe substituer sa propre appréciation ; le manque de formation professionnelle ne constituait pas un critère de réduction, l'AI n'ayant pas à remédier aux difficultés d'une personne assurée de trouver un emploi approprié à son âge ou à son manque de formation professionnelle ; il était tenu compte d'éventuels facteurs de réduction du salaire en raison du bas niveau de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques en se référant au niveau d'exigence 4 dans l'application des tableaux de l'ESS ; les limitations fonctionnelles de l'assuré n'étaient pas telles qu'il aurait fallu appliquer un taux de réduction plus élevé que 5 % ; l'OAI s'était fondé sur le revenu auquel pouvait prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives, donnant un salaire statistique s'appliquant en principe à tous les assurés qui ne pouvaient plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle était trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservaient néanmoins une capacité de travail importante dans les travaux légers ; ce salaire statistique était suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées. L'avis du médecin traitant produit en annexe au recours ne justifiait l'incapacité de travail de l'assuré que par les nombreuses plaintes subjectives physiques et psychiques de l'assuré, sans avancer une quelconque raison médicale objective. !

18. Dans des observations du 21 novembre 2016 (produites après plusieurs prolongations de délai requises à cette fin), l'assurée a versé au dossier un certificat médical du 7 novembre 2016 de la docteure I_____, psychiatre. Selon cette dernière, répondant aux questions du mandataire de l'assuré, ce dernier souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une personnalité paranoïaque. Ledit médecin notait une diminution de l'intérêt et de la motivation, une augmentation de la fatigabilité parallèlement aux douleurs chroniques, un sentiment de détresse et d'injustice, une baisse de la concentration et de l'attention, une baisse de l'estime de soi et une perte de confiance dans le système, une perturbation du sommeil ; la lésion psychique était une conséquence d'une lésion professionnelle jamais reconnue comme telle, d'où un énorme sentiment d'injustice ; ses lésions objectivées et le trouble psychiatrique secondaire n'étaient pas reconnus. L'impact des limitations fonctionnelles de l'assuré se résumait sur son incapacité à gérer son stress aussi minime soit-il ; l'assuré pouvait se montrer vite agressif et sur la défensive, parfois même interprétatif ; il ne pouvait pas persévérer dans une tâche en raison d'une fatigabilité rapide (au surplus aggravée par un sommeil perturbé) et d'une baisse de la concentration. Sur le plan psychiatrique, le début de l'incapacité de travail remontait à 2014. La capacité de travail de l'assuré était nulle, dans toute activité. L'assuré suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Une expertise pluridisciplinaire pourrait apporter des éléments objectifs et détaillés. !

19. Le 12 décembre 2016, l'OAI a indiqué que le rapport précité de la Dre I_____ ne pouvait modifier son appréciation des faits, pour les motifs indiqués dans un avis médical annexé du 29 novembre 2016 de la docteure J_____, médecin auprès du SMR. Reprenant l'historique du dossier, cette dernière relevait que les informations transmises par la Dre B_____

mettait en avant essentiellement des plaintes subjectives. La psychiatre I_____ ne suivait l'assuré que depuis le 10 mai 2016, donc postérieurement à la prise de la décision attaquée, et elle diagnostiquait des troubles d'allure réactionnelle aux douleurs chroniques et à la situation socio-professionnelle de l'assuré. Une dimension revendicatrice était rapportée. Il était fait mention d'un accident professionnel, dont le dossier ne faisait toutefois nul état. Ce faisant, la Dre I_____ n'apportait pas d'information objective permettant d'évoquer une atteinte psychiatrique incapacitante dans le passé. L'assuré n'avait d'ailleurs jamais été suivi par un psychiatre par le passé, ni n'avait bénéficié d'un traitement psychothérapeutique, ni d'un traitement par anti-dépresseur. Le suivi psychiatrique instauré après la décision attaquée laissait apparaître un trouble anxio-dépressif de nature essentiellement réactionnelle. Il n'y avait pas matière à reconnaître une aggravation durable de l'état de santé postérieurement à la décision attaquée. ![/endif]>![if> 20. Dans des observations du 16 janvier 2017, l'assuré a contesté l'appréciation du SMR. Son atteinte psychiatrique avait déjà été évoquée par son médecin traitant dans ses rapports des 22 janvier et 26 juin 2015, et le fait qu'il n'avait consulté que récemment un psychiatre n'était pas dicté par les besoins de la procédure mais révélait sa difficulté de s'ouvrir sur l'atteinte à sa santé psychique. Il était faux de dire que la Dre I_____ avait rapporté une dimension revendicatrice de l'assuré, alors qu'elle avait fait part que celui-ci avait une réelle souffrance non reconnue. ![/endif]>![if> 21. Par courrier du 13 février 2017, la Dre I_____ a précisé que l'assuré avait souffert d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère en 2006, diagnostiqué par le docteur K_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail de six mois entre le 9 octobre 2006 et le 31 mars 2007. Il y avait des éléments évoquant un trouble dépressif récurrent, compliqué de douleurs chroniques. D'après ledit médecin, la Dre B_____ aurait dû, en 2015, soumettre l'assuré à un traitement psychotrope. ![/endif]>![if> 22. Le 6 mars 2017, se fondant sur un avis médical du Dr H_____ du SMR, l'OAI a indiqué que la Dre I_____ n'apportait aucun élément quant à l'état psychique actuel de l'assuré. Le tableau clinique était dominé par une problématique de nature essentiellement physique ; aucun élément ne permettait d'admettre l'existence d'un trouble psychique influençant la capacité de travail de l'assuré. L'OAI maintenait sa position. ![/endif]>![if> 23. Ce courrier a été communiqué à l'assuré le 10 mars 2017. ![/endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. ![/endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 25 avril 2016 contre une décision datée du 8 mars 2016, notifiée apparemment par pli simple, reçue au plus tôt le 9 mars 2016, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu du fait que le délai de recours a été suspendu du 20 mars au 3 avril 2016 (soit du 7^{ème} jour avant au 7^{ème} jour après le dimanche de Pâques 27 mars 2016) et que son échéance, tombée dans l'hypothèse d'une notification le 9 mars 2016 sur le samedi 23 avril

2016, a le cas échéant été reportée au lundi 25 avril 2016 (art. 38 al. 3 et 4 let. a et 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). Le recours sera donc déclaré recevable. 2. a. Le recourant fait grief à l'intimé notamment d'avoir violé ses obligations d'instruire suffisamment sa demande de prestations de l'AI. Il sied de rappeler quelques principes régissant la procédure en matière d'assurances sociales, sans préjudice de l'applicabilité, dans cette matière, des garanties constitutionnelles générales de procédure (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3ème éd., 2013, vol. I, n. 1317 ss ; Pierre MOOR / Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 2011, p. 311 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n. 1526 ss). b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). En matière d'AI, la législation prévoit notamment que les offices AI ont, au nombre de leurs attributions, celle de se prononcer sur le droit des assurés aux prestations de l'AI (art. 57 LAI), dont celle d'évaluer l'invalidité (art. 57 let. f LAI), et qu'il leur faut s'organiser de manière à remplir leurs tâches avec compétence et efficacité, dans le respect du droit (art. 59 al. 1 LAI), notamment en mettant en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (art. 59 al. 2 LAI), à leur disposition pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2bis LAI). À propos de l'instruction des demandes, l'art. 69 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise notamment que les offices AI réunissent les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé des requérants, leur activité, leur capacité de travail et leur aptitude à être réadaptés ; ils peuvent exiger des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, convoquer les assurés à des entretiens. De leur côté, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme

l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue en l'espèce le 17 décembre 2014 et que, de façon non contestée, le droit revendiqué à une rente d'invalidité ne peut avoir pris naissance au plus tôt avant l'échéance d'un délai de six mois à compter de cette date (art. 29 al. 1 LAI), le droit applicable est en l'espèce le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision], entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

4. a. 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). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient

nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 5. a. En l'espèce, il appert que l'intimé a arrêté sa position, s'écartant de celle du médecin traitant, sur la base d'un avis médical du SMR exprimé en quelques lignes et émanant d'une pédiatre n'ayant pas ausculté le recourant. Sans doute un autre médecin du SMR, dont il n'est pas même allégué qu'il serait spécialiste d'un des domaines médicaux ici pertinents (et en tout cas pas de celui de la psychiatrie), a émis un avis médical à la suite des objections que le recourant avait émises à l'encontre du projet de décision lui ayant été communiqué par l'intimé ; force est toutefois de dire que cet avis médical se borne, en même pas quatre lignes, à affirmer que le nouveau rapport médical du médecin traitant produit à l'appui desdites objections ne contenait – selon lui – pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions du premier avis médical, précité, émis par le SMR. Et l'intimé a indiqué se fonder sur cet avis médical pour confirmer sa position annoncée dans son projet de décision. >[endif]>[if> Sans doute le Tribunal fédéral a-t-il indiqué, dans un passage du consid. 3.2 de l'arrêt 9C_149/2008 du 27 octobre 2008, que le fait qu'un médecin ne soit pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie ne justifie pas en soi d'écarter son avis, puisqu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère. Cette phrase n'en doit pas moins être lue dans le contexte dudit considérant, par lequel le Tribunal fédéral a avalisé le fait que la juridiction cantonale avait écarté l'avis du SMR. Par ailleurs et surtout, le Tribunal fédéral n'a nullement infléchi, par cet arrêt, la jurisprudence selon laquelle, d'une part, les médecins du SMR doivent disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (arrêts du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1, I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et I 362/06 du 10 avril 2007 consid. 3.2.1), et d'autre part ne sauraient émettre de rapports médicaux ayant pleine force probante s'ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles au moins un médecin du SMR aurait procédé personnellement (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). Or, en l'espèce, non seulement il n'est pas même allégué ni a fortiori démontré par l'intimé que les deux médecins de son SMR s'étant prononcés avant que l'intimé n'arrête sa position avaient les

qualifications professionnelles requises pour le cas du recourant, mais aussi il est constant que ni l'un ni l'autre n'ont procédé personnellement à des observations cliniques du recourant. Il en va de même, s'agissant à tout le moins de ce second point, des médecins du SMR ayant émis un avis médical sur les rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure contentieuse. Il apparaît que les deux avis médicaux ultérieurs du SMR ont visé à tenter rétroactivement de justifier les deux premiers.

b. De surcroît, aucun des différents rapports du SMR figurant au dossier – à commencer par les deux avis médicaux très sommaires antérieurs à la prise de la décision attaquée – ne remplissent les conditions permettant d'accorder valeur probante à des rapports médicaux, exigence qui vaut aussi pour des avis médicaux du SMR. En effet, ils ne comportent pas d'étude fouillée, ne se fondent pas sur des examens complets, n'apparaissent pas établis en pleine connaissance de cause du dossier et de l'anamnèse, et ne discutent pas d'éventuelles interactions entre des atteintes à la santé physique et psychique. Ils se résument pour l'essentiel en l'affirmation d'atteintes à la santé somatique non invalidantes dans une activité adaptée et la négation d'une atteinte à la santé psychique. Or, déjà dans ses rapports médicaux des 18 janvier et 21 juin 2015, le médecin traitant avait retenu des diagnostics relevant d'atteintes non seulement à la santé physique mais aussi à la santé psychique. Cela ne suffisait certes pas pour que l'intimé retienne une atteinte à la santé psychique incapacitante, mais cela devait le conduire à faire porter ses investigations de façon plus approfondie sur le volet psychiatrique, même si ce n'est qu'ultérieurement, en cours de procédure contentieuse, qu'est ressorti le fait que le recourant avait déjà eu antérieurement, entre 2006 et 2007, des atteintes qualifiées d'épisodes dépressifs d'intensité moyenne à sévère par un psychiatre. Peu importe, par ailleurs, que ce ne soit qu'après le dépôt de son recours que le recourant est allé consulter une psychiatre ; cette dernière a fait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une personnalité paranoïaque, troubles dont elle a en outre affirmé un caractère incapacitant remontant à 2014, donc bien avant la prise de la décision attaquée. S'il ne suffit pas à lui seul à convaincre de l'existence d'une atteinte à la santé incapacitante au moment où la décision attaquée a été rendue, l'avis de cette psychiatre renforce le constat d'une instruction insuffisante du dossier.

c. Il s'avère d'ailleurs que la Dre J_____ s'est trompée en affirmant, dans son avis médical du 12 décembre 2016, que le recourant n'avait jamais été suivi par un psychiatre, et qu'elle a par ailleurs été bien hâtive de dire que la psychiatre faisait mention d'un accident professionnel ne ressortant pas du dossier, sans voir – ainsi que cela ressortait pourtant d'un rapport du 7 novembre 2005 du médecin traitant (joint au rapport de ce dernier du 25 janvier 2016) – qu'il y avait eu ou devoir y avoir eu un dossier ouvert auprès de la SUVA et, en tout état, que ladite psychiatre visait le contexte professionnel (sinon stricto sensu un accident professionnel) dans le cadre duquel les atteintes à la santé physique du recourant s'étaient déclenchées. Sans doute que ledit médecin n'a pas été consciente de la réalité contraire, sur ces deux points. Cela ne conduit pas pour autant à accorder du crédit à sa conclusion que le recourant n'avait jamais eu le cas échéant qu'un trouble anxio-dépressif de nature réactionnelle à la prise de la décision attaquée et qu'il n'y avait pas matière à reconnaître une aggravation de l'état de santé du recourant. Il démontre plutôt les risques d'erreurs liés à une instruction insuffisante d'un dossier, sur le plan médical s'agissant déjà du SMR, comme possiblement sur le plan des conséquences à en déduire pour l'intimé.

d. Enfin, il est possible que l'attitude peu coopérante du recourant dans le cadre de la mesure d'orientation et d'aide au placement que l'intimé lui avait accordée a desservi sa cause. Le manque de motivation et d'investissement en question doit assurément rendre prudent dans l'évaluation de la situation médicale et,

sous l'angle de l'AI, juridique du recourant, mais il n'en doit pas moins être mis en perspective d'éventuels troubles psychiques que celui-ci paraît présenter. 6. En conclusion, le grief du recourant tiré d'une violation de la maxime d'office est bien fondé. Il n'y a pas lieu de remédier aux carences considérées de l'instruction dans le cadre de la procédure de recours, que ce soit par le biais de l'audition des médecins traitants et de ceux du SMR ou celui d'une expertise. L'instruction doit se faire fondamentalement par et devant l'intimé, au surplus sur des bases actualisées. Cela ne signifie pas forcément qu'une expertise médicale pluridisciplinaire doive être ordonnée par l'intimé. Au présent stade du dossier, la chambre de céans n'exclut pas que seul un examen psychiatrique, voire une expertise psychiatrique du recourant puisse suffire, pour autant que les atteintes actuelles à la santé physique du recourant puissent être considérées comme dûment établies et que les interactions entre les différentes atteintes, le cas échéant somatiques et psychiques, apparaissent claires. C'est à l'intimé que reviendra la responsabilité d'en décider. 7. a. La chambre de céans admettra donc partiellement le recours, annulera la décision attaquée et renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). 8. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 600.- 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 procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). * * * * * 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.