

GE_GERICHTE A/2155/2017 vom 14. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2155_2017

FR: GE_GERICHTE A/2155/2017 du 14 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/2155/2017 del 14 settembre 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.09.2017
A/2155/2017

A/2155/2017 ATAS/794/2017 du 14.09.2017 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/2155/2017
ATAS/794/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 septembre 2017 5 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1974 et d'origine portugaise, est entré en Suisse en 1985. Il est divorcé et père de trois enfants. Il a travaillé en tant que barman et, en dernier lieu, en tant que concierge à 100 %. Le contrat de travail a été résilié avec effet au 30 juin 2015.![endif]>![if> 2. Depuis le 19 octobre 2014, une incapacité de travail totale est attestée.![endif]>![if> 3. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 12 janvier 2015 a mis en évidence une vertèbre de transition lombo-sacrée, une herniation intra-spongieuse au niveau du plateau supérieur de L2, une syringomyélie à la hauteur de D8-D9 et s'étendant de D10 jusqu'à L1, ainsi qu'une hernie discale D8-D9. Il présentait également une arthrose interapophysaire postérieure étagée. ![endif]>![if> 4. L'IRM dorsale du 10 février 2015 a conclu à une syringomyélie étendue de D7 jusqu'à D12-L1, à une hernie discale D8-D9, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines, et à une spondylose dorsale antérieure étagée.![endif]>![if> 5. L'IRM cervicale du 12 février 2015 a montré une syringomyélie s'étendant de C5 jusqu'au plateau inférieur de C7, une protrusion discale C5-C6, plus accusée en C6-C7 en contact avec la racine C7 droite et une arthrose des facettes articulaires postérieures.![endif]>![if> 6. Par demande reçue en avril 2015, l'intéressé a requis les prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 7. En août 2015, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Elle a émis les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à droite au début 2015, existant depuis fin 2014, de cervico-brachialgies et lombosciatalgies bilatérales dans le contexte de modifications dégénératives et de protrusions non compressives existantes depuis décembre 2014. Après une cure de tunnel carpien il fallait compter entre deux à huit semaines d'incapacité de travail selon le type de l'activité professionnelle. Pour les douleurs ostéoarticulaires chroniques, il n'y avait pas d'incapacité de travail prolongée, si l'activité pouvait être adaptée. La capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée permettant des positions variables et sans sollicitation extrême du rachis et port de charges lourdes. Dans le cadre de l'anamnèse, l'experte a exposé que le problème avait débuté avec une chute sur les fesses fin octobre 2014 qui avait coupé le souffle à l'assuré. Il avait d'abord soigné la cheville droite tordue, mais fin décembre 2014, il avait aussi senti des douleurs au bas du dos, aux mains, bras et jambes. Par ailleurs, ses pieds s'endormaient. A cela s'est

ajouté un syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis janvier 2015. Il bénéficiait d'un traitement médicamenteux, mais n'avait jamais fait de physiothérapie pour le dos. Les traitements n'avaient pas fait beaucoup d'effet. Dans les plaintes, l'assuré a décrit des douleurs à la nuque, aux bras, aux mains, aux aines, au bas du dos et à la jambe droite jusqu'au pied. Sur le plan fonctionnel, il pouvait conduire une heure, puis il avait mal au dos et aux coudes, et marcher pendant un kilomètre avant d'avoir mal au dos. Il pouvait rester debout et assis entre 30 et 40 minutes. Les douleurs multiples de l'assuré n'étaient que partiellement expliquées par des données objectives. La syringomyélie s'était étendue dans la longueur, mais peu dans la transversale. La syringomyélie ne provoquait pas de symptômes déficitaires significatifs. Dès lors, l'assuré pourrait très bien reprendre une activité professionnelle pas trop lourde à un taux entier, sous réserve d'un examen spécialisé par un neurologue. » 8. Du 31 août au 25 septembre 2015, l'assuré a suivi un stage aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Selon les maîtres socioprofessionnels : « [L'assuré] a montré dans ce stage une parfaite adéquation à un environnement professionnel. Tant dans l'écoute et suivi (sic) des consignes, dans la réalisation des activités, dans la réflexion et passage (sic) des étapes que dans les relations avec l'encadrement ou avec le groupe. Concernant ses difficultés positionnelles et de préhension, elles ont été bien visibles, sans que l'assuré ait été démonstratif. Tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire est actuellement compromis. Par contre nous avons décelé chez [l'assuré] des bonnes capacités d'apprentissage : une mise au courant, courte formation en entreprise ou formation plus formelle seraient indiquées pour faciliter sa réadaptation professionnelle. » Il ressort par ailleurs du rapport des EPI du 27 octobre 2015 que l'assuré était un stagiaire extrêmement compétent avec des capacités étendues et très polyvalent sur le plan de la réflexion et de la production. Le problème résidait dans son état physique qui n'était largement pas stabilisé. La gestuelle était plus que correcte, de qualité avec un très bon niveau de précision et une maîtrise constante des gestes, une coordination et dextérité de bonne facture. Par contre, il avait une très faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs, même pour l'utilisation d'un crayon, ce qui rendait certains travaux difficiles, par exemple avec un cutter. Il arrivait parfois à compenser, mais toute manipulation d'outils dans un poste salarié paraissait impossible en ce moment. Le tonus et la résistance étaient insuffisants. Après une stabilisation de son état, un poste dans le service après-vente pour la réparation d'objets légers était à sa portée après formation, éventuellement certifiée. S'il ne récupérait pas entièrement ses capacités manuelles, il risquait de ne jamais trouver un emploi dans le marché économique ordinaire et dans les postes sans qualification. 9. Selon le rapport du 28 septembre 2015 du docteur C_____, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et le pronostic était mauvais. Les limitations fonctionnelles existaient pour le port de charges, la station debout et un travail avec les bras levés. Sa capacité de travail était nulle. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Une reprise de travail ne pouvait être envisagée en raison de l'état général dégradé et des douleurs surtout à la colonne vertébrale. » 10. Une IRM cervicale réalisée le 1^{er} décembre 2015 a mis en évidence une dégénérescence discale C3-C4, C4-C5, C5-C6 et à moindre degré C6 et C7, une protrusion discale ostéophyttaire C4-C5 sans contrainte radiculaire, une protrusion discale ostéophyttaire C5-C6 de localisation médiane et paramédiane droite en conflit avec la racine C6 droite, une protrusion discale ostéophyttaire C6-C7 en conflit avec la racine C7 droite, une uncarthrose avec rétrécissement relatif des canaux radiculaires en C5-C6 et C6-C7 et une formation

filiforme au sein du cordon médullaire débutant de C5 jusqu'à C7 représentant une syringomyélie. !endif]>![if> 11. Dans son rapport du 10 décembre 2015, le docteur D_____, chirurgien FMH, a attesté que l'état s'était aggravé. La main droite a été opérée et il y avait une persistance des paresthésies. Une opération de la main gauche était envisagée. !endif]>![if> 12. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur perte de gain en date du 15 décembre 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a informé ce dernier que les mesures de reclassement n'étaient pas indiquées, les conditions n'étant pas remplies. Après l'opération et la stabilisation de l'état de santé, l'assuré devra probablement chercher une activité professionnelle avec le concours de l'assurance-chômage. !endif]>![if> 13. Le 11 janvier 2016, l'assuré a été opéré de la main gauche par le Dr D_____. !endif]>![if> 14. Le 27 avril 2016, le Dr D_____ a attesté que l'état s'est amélioré depuis mars 2016. Il n'y avait plus de limitations fonctionnelles et la capacité de travail était de 100 % en tant que concierge. !endif]>![if> 15. Une IRM du poignet gauche effectuée le 25 mai 2016 a conclu à un status post-opération du tunnel carpien, un nerf médian avec un aspect ovalaire, à contours irréguliers, de signal légèrement hétérogène avec remaniement fibreux de voisinage, un signal homogène de l'extrémité distale du radius et du cubitus, une discrète ténosynovite du long fléchisseur propre du pouce et des signes d'arthrose modérée trapézo-métacarpienne. !endif]>![if> 16. Selon l'avis médical du 16 février 2017 de la docteure E_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), le syndrome du tunnel carpien opéré à droite en janvier 2015 et à gauche en janvier 2016 n'avait pas entraîné une incapacité de travail durable. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions, absence de port de charges de plus 5 kg, de flexion/extension répétée du rachis, de position en porte-à-faux du rachis, de rotations répétées du rachis, de mouvements au-dessus du plan des épaules, de mouvements itératifs de flexion/extension des poignets, évitement des points d'appui sur la place antérieure du poignet ; il y avait lieu de privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec changement de position. !endif]>![if> 17. Le 22 février 2017, l'OAI a calculé la perte de gain et l'a déterminée à 1,9 %. A titre de salaire d'invalidé, il a retenu un revenu annuel de CHF 66'633.-, tout en effectuant un abattement de 10 % de ce salaire. Le revenu sans invalidité était de CHF 61'100.-. !endif]>![if> 18. Le même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, son degré d'invalidité ne lui ouvrant ni le droit à une rente ni à des mesures professionnelles de reclassement. !endif]>![if> 19. Le 20 mars 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Son état physique et mental n'était pas stabilisé, car il avait une faible résistance au niveau des doigts et des poignets, ce qui rendait certains travaux difficiles, par exemple couper de la viande ou du pain ou l'utilisation d'un crayon. Par ailleurs, les EPI avaient constaté qu'il ne pouvait travailler dans le circuit économique normal, même dans une activité adaptée. !endif]>![if> 20. Selon le rapport du 12 avril 2017 du Dr D_____, l'état de santé de l'assuré était resté inchangé. !endif]>![if> 21. Dans un avis médical du 12 avril 2017, la Dresse E_____ du SMR a constaté que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical nouveau. Toutefois, une expertise orthopédique était prévue le 4 mai 2017 par l'assureur perte de gain. !endif]>![if> 22. Par décision du 13 avril 2017, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles de reclassement. !endif]>![if> 23. Par acte posté le 17 mai 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant

implicitement à l'octroi d'une rente. Il a fait état de ses multiples problèmes de santé au dos et aux cervicales, ainsi qu'aux mains. La plaie de la main droite était mal cicatrisée et il y avait une parésie de ce membre, ce qui rendait son utilisation difficile. Par ailleurs, les EPI avaient constaté, dans leur rapport du 27 octobre 2015, que tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire était actuellement compromis. Il avait toujours une faible résistance au niveau des doigts et des poignets, rendant certains travaux difficiles, dès lors qu'il lui manquait la force et que des douleurs se présentaient au bout de quelques minutes. Par ailleurs, si le Dr D_____ avait attesté, dans son rapport du 27 avril 2016, que l'état s'était amélioré, il n'avait pas indiqué que le recourant était totalement guéri. A cela s'ajoutait aujourd'hui un trouble dépressif moyen et une anxiété généralisée, ces troubles étant apparus dans un contexte de douleurs chroniques. Le Dr C_____ attestait également un trouble dépressif depuis plus d'une année.![endif]>![if> 24. A l'appui de son recours, le recourant a produit un certificat médical du 7 février 2017 du Dr C_____, selon lequel il présente un état anxio-dépressif depuis octobre 2016, si bien qu'un suivi spécialisé par la doctoresse F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, est nécessaire.![endif]>![if> 25. Le recourant a aussi produit l'attestation du 31 janvier 2017 de la Dresse F_____ confirmant qu'elle suivait le recourant depuis décembre 2016 en raison d'un trouble dépressif moyen et d'une anxiété généralisée, troubles qui étaient apparus dans un contexte de douleurs chroniques et de limitations physiques l'empêchant de travailler, ce qui avait entraîné de graves conséquences financières et sociales.![endif]>![if> 26. Selon l'avis médical du 13 juin 2017 de la doctoresse G_____ du SMR, le certificat de la Dresse F_____ ne faisait pas état d'une atteinte psychiatrique incapacitante et durable. Par ailleurs, il ne contenait pas de status clinique détaillé et ne renseignait pas non plus sur le traitement, ni sur l'évolution des troubles depuis le début de la prise en charge. En outre, durant l'instruction du dossier, aucune pièce médicale n'avait fait état d'une quelconque atteinte psychiatrique. Quant au constat médical du Dr C_____, il ne permettait pas de modifier l'appréciation des faits.![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 20 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le Dr D_____ avait indiqué dans ses rapports des 24 avril 2015 et 27 avril 2016, que le syndrome du tunnel carpien, opéré à droite en janvier 2015 et à gauche en janvier 2016, n'avait pas entraîné une incapacité de travail durable. Certes, selon le rapport des EPI du 27 octobre 2015, le recourant est inemployable sur le marché économique ordinaire. Toutefois, il appartenait avant tout au médecin et non pas au spécialiste de l'orientation professionnelle de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations en résultant. Or, selon la Dresse B_____, le recourant avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.![endif]>![if> 28. A la demande de la chambre de céans, Mutuel assurance-maladie SA lui a transmis le 14 juillet 2017, l'expertise du recourant par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans son rapport du 10 mai 2017, cet expert a posé les diagnostics de syringomyélie filiforme C5-C7 et D7-L1, spondylo-discarthrose étagée modeste C4-C7, protrusion discale paramédiane gauche D8-D9, troubles dégénératifs étagés mineurs de la colonne lombaire avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, neuropathie irritative du cubital au coude gauche, status après décompression chirurgicale du tunnel carpien bilatéral en janvier 2015 et 2016 et status après plusieurs entorses de la cheville gauche. La syringomyélie cervico-dorsale avec troubles sensitivo-moteurs des quatre membres, d'évolution insidieuse depuis une dizaine d'année, affectait la capacité de travail depuis le 1 er janvier 2015. Quant aux troubles dégénératifs étagés du rachis, ils étaient modestes et n'affectaient pas la

capacité de travail. Il s'agissait de lésions banales. L'accident survenu fin octobre 2014 avait guéri sans séquelle à la fin de l'année 2014. Dans l'activité adaptée habituelle de concierge industriel, l'assuré présentait une capacité de travail de 75 %, en renonçant aux efforts les plus lourds, lesquels étaient estimés à 25 %. Dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de manutention particulièrement lourde, le recourant était apte à reprendre le travail à 100 %. L'activité adaptée idéale devait être dépourvue de manutention lourde et s'exercer en position semi-assise et permettre à l'assuré de changer librement de position. Une petite conciergerie, la vente dans une épicerie ou dans une station d'essence ou le travail dans l'industrie légère et des travaux de surveillance pourraient convenir. La capacité de travail était complète dès le printemps 2016, après guérison des troubles liés à la dernière intervention chirurgicale effectuée le 11 janvier 2016. Dans les plaintes, l'expert mentionnait des dorso-lombalgies diffuses avec une intensité entre 2 et 6 sur 10 dans l'échelle de la douleur, pouvant irradier à la face latérale de la cuisse droite et dans la fesse gauche. Ces douleurs augmentaient lors de la station debout, assise ou couchée prolongée et diminuait lors des changements de position et sous l'effet de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires. Le recourant se plaignait aussi d'une tuméfaction douloureuse surtout matinale du poignet et des doigts longs des deux mains, prédominant à droite, avec une intensité entre 2 et 6 sur 10. Ces douleurs augmentaient à l'effort et diminuaient au repos. Parfois, il y avait une douleur au contact d'objets durs au-dessus de la cicatrice du tunnel carpien gauche. Fréquemment, les derniers doigts des deux mains s'engourdissaient, ainsi que la plante des deux pieds et les deux fesses, surtout dans les positions assises prolongées. Les engourdissements disparaissaient lorsqu'il changeait de position ou à la marche. La nuit, le recourant se réveillait régulièrement en raison d'acroparesthésies dans l'hémimain et parfois à cause de fourmillements plantaires. Il n'y avait pas de diminution de la force de préhension ni lâchage d'objet. L'assuré ne savait pas dans quelle profession se diriger. Il souhaitait une activité professionnelle en position semi-assise lui permettant de bouger librement, sans manutention lourde. [endif]> [if> 29. Le 31 juillet 2017, la Dresse G_____ du SMR a constaté que le Dr H_____ retenait les mêmes conclusions que ledit service. Par ailleurs, l'expert ne retenait aucune aggravation de l'état de santé. [endif]> [if> 30. Le 3 août 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis médical du SMR. Dès lors que l'expert n'avait fait état d'aucune aggravation ou de nouvelles atteintes à la santé, il y avait lieu de reconnaître au recourant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès mars 2015. [endif]> [if> 31. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). [endif]> [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LGPA). [endif]> [if> 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. [endif]> [if> 4. 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 des assurances 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 (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). d. 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). 8. a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise médicale par la Dresse B_____ en août 2015, laquelle retient le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à droite en début 2015, de cervico-brachialgies et lombosciatalgies bilatérales dans le contexte de modifications

dégénératives et de protrusions non compressives existantes depuis 2014. Cette experte estime que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée permettant des positions variables et étant exempte de sollicitations extrêmes du rachis et du port de charges lourdes. Par la suite, le recourant a toutefois suivi un stage d'orientation professionnelle du 31 août au 25 septembre 2015 aux EPI où il est constaté que tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire est actuellement compromis, en dépit de bonnes capacités d'apprentissage et de capacités étendues. Le recourant présente des difficultés positionnelles et de préhension bien visibles, sans qu'il puisse être qualifié de démonstratif. Son état physique n'est largement pas stabilisé. Il a une faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs et toute manipulation d'outils dans un poste salarié paraît impossible au moment de ce stage. Cependant, après la stabilisation de son état, il présentera une capacité de travail dans un poste dans le service après-vente pour la réparation d'objets légers. Par la suite, le Dr C_____ atteste, dans son rapport du 28 septembre 2015, que l'état s'est aggravé et que la capacité de travail est nulle. Le Dr D_____ atteste également le 10 décembre 2015 une aggravation de l'état. Ce chirurgien opère le recourant finalement le 11 janvier 2016. Le 27 avril 2016, il atteste que l'état de santé s'est amélioré depuis mars 2016. Il n'y a plus de limitations fonctionnelles et la capacité de travail est de 100 % en tant que concierge. En mai 2017, l'assuré fait l'objet d'une expertise par le Dr H_____, lequel émet les diagnostics de syringomyélie filiforme C5-C7 et D7-L1, spondylo-discarthrose étagée modeste C4-C7, protrusion discale paramédiane gauche D8-D9, troubles dégénératifs étagés mineurs de la colonne lombaire avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, neuropathie irritative du cubital au coude gauche, status après décompression chirurgicale du tunnel carpien bilatéral en janvier 2015 et 2016 et status après plusieurs entorses de la cheville gauche. La syringomyélie cervico-dorsale avec troubles sensitivo-moteurs des quatre membres affecte la capacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2015. Par contre, les troubles dégénératifs étagés du rachis n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail. Il en va de même des troubles sensitivo-moteurs des quatre extrémités. Dans une activité adaptée, sans manutention lourde et en position semi-assise permettant de changer librement de position, la capacité de travail est totale. Considérant que l'évolution est stationnaire depuis une année, l'expert considère que le recourant a recouvré la capacité de travail après guérison des troubles liés à la dernière intervention chirurgicale effectuée le 11 janvier 2016. b. Les expertises des Drs B_____ et H_____ remplissent les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître en principe une pleine valeur probante, ayant été établies sur la base du dossier médical complet, prenant en considération les plaintes de l'assuré, reposant sur un examen clinique approfondi et contenant des conclusions bien motivées. Cependant, dans les faits, l'appréciation de la capacité de travail par la Dresse B_____ est contredite par le stage d'orientation professionnelle aux EPI en septembre 2015. Selon les maîtres socioprofessionnels, l'état n'était alors largement pas stabilisé, si bien que le recourant ne pouvait être employé dans le marché économique ordinaire, malgré sa motivation et son investissement dans la mesure. Par la suite, l'intimé n'a pas confronté la Dresse B_____ à l'évaluation divergente de la capacité de travail par les EPI, comme l'exige la jurisprudence en la matière. Par ailleurs, après cette expertise, une aggravation est attestée par les médecins du recourant et celui-ci a dû être opéré encore le 11 janvier 2016. Cela confirme que l'état de santé n'était en fait pas encore stabilisé au moment de l'expertise de la Dresse B_____. Enfin, se pose la question de savoir si la Dresse B_____ peut être considérée comme une spécialiste en matière orthopédique et en particulier en chirurgie de la main. En

effet, elle n'a qu'une spécialisation en médecine interne et médecine manuelle SAMM et se présente comme ancienne médecin-chef adjoint en psychiatrie. Pour toutes ces raisons, son expertise n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. Le Dr H_____ a eu connaissance du rapport des EPI et a ainsi pu réévaluer la situation médicale en toute connaissance de cause. Or, il a considéré qu'avant la stabilisation de l'état de santé en printemps 2016, le recourant n'a pas recouvré une capacité de travail. Au vu des faiblesses du recourant lors de la mesure d'orientation professionnelle, cela paraît convaincant, si bien qu'il y a lieu de suivre les conclusions du Dr H_____, lesquelles sont de surcroît confirmées par le Dr D_____. Ainsi, il y a lieu d'admettre, au niveau somatique, une incapacité de travail totale jusqu'à fin février 2016, puis une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès cette date. c. Le recourant se prévaut également d'un trouble dépressif moyen et d'une anxiété généralisée depuis octobre 2016, lesquels sont attestés par la Dresse F_____. Cependant, ce médecin ne fait état d'aucune incapacité de travail durable résultant de ces troubles, de sorte que ceux-ci ne peuvent être retenus comme cause d'une invalidité. 9. Reste à évaluer la perte de gain du recourant dans une activité adaptée, dès lors qu'il doit changer d'activité. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de

données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête suisse des salaires - ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 10. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé pour le salaire avec invalidité sur l'ESS 2014, TA1, niveau 1 pour les hommes. Après avoir réactualisé ce salaire à 2015 et pris en considération la durée normale hebdomadaire de travail de 41,7 heures, il a établi ce salaire à CHF 66'633. Il a toutefois admis un abattement de ce salaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le salaire avec invalidité s'élève à CHF 59'969.-. Ce calcul est en principe conforme à la jurisprudence précitée. Comparé au salaire sans invalidité de CHF 61'100.-, la perte de gain est ainsi de 1,9%. Certes, il se pose la question de savoir s'il est conforme au droit de se fonder sur un salaire d'invalide supérieur, avant l'abattement de 10%, au salaire de valide. Toutefois, même en considérant que les salaires avec et sans invalidité à prendre en considération sont identiques, il appert que le recourant ne présente pas une perte de gain lui ouvrant le droit à une rente. En effet, seul un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles peut être admis à titre de réduction des salaires statistiques retenus pour le gain avec invalidité, si bien que la perte de gain est au maximum de 10%. La perte de gain étant inférieure à 40%, elle n'ouvre pas le droit à une rente. 11. a. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux

prestations. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.!

b. Dès lors que le recourant a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité en avril 2015, le droit à la rente naît en l'espèce en octobre 2015. A cette date, le recourant était totalement incapable de travailler depuis octobre 2014, soit depuis une année, et ceci jusqu'au 1 er mars 2016. Par la suite, son état de santé s'est amélioré et il a récupéré une capacité de travail à 100 % dès fin février 2016. Cette amélioration est à prendre en considération après une durée de trois mois (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). Cela étant, le recourant a droit à une rente entière à partir d'octobre 2015 jusqu'en mai 2016. 12. Cela étant, le recours sera partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière d'octobre 2015 à mai 2016. !

13. Jusqu'au 29 août 2017, le recourant était représenté par un conseil. Par conséquent, dès lors qu'il obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 500.- lui est octroyée à titre de dépens. !

14. Dans la mesure où l'intimé succombe en partie, un émolument de CHF 200.- est mis à sa charge.!

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet partiellement.!

3. Réforme la décision du 13 avril 2017 dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière d'octobre 2015 à mai 2016.!

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 500.- à titre de dépens.!

5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. !

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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