

GE_GERICHTE A/2681/2013 vom 18. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2681_2013

FR: GE_GERICHTE A/2681/2013 du 18 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/2681/2013 del 18 marzo 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.03.2014
A/2681/2013

A/2681/2013 ATAS/313/2014 du 18.03.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2681/2013
ATAS/313/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 mars
2014 1 ère Chambre En la cause Monsieur R_____, domicilié aux ACACIAS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BEAUMONT Eric recourant
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur R_____, né en 1955,
d'origine portugaise, en Suisse depuis janvier 2003, travaille à plein temps en qualité de
maçon. Il est en arrêt de travail depuis le 10 mars 2009 après avoir soulevé une lourde
plaque d'égout. Il a déposé le 29 juillet 2009 une demande auprès de l'OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), visant à
l'octroi de prestations AI, au motif qu'il souffre de douleurs dorsales depuis cinq
mois.![endif]>![if> 2. L'assuré a été hospitalisé au service de rhumatologie des
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 29 juin au 22 juillet 2009, pour des
lombalgies subaiguës dans le contexte d'une fracture du sacrum, une ostéopénie et une
diverticulose colique.![endif]>![if> 3. Le 22 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré
qu'il avait examiné la possibilité de mettre en place des mesures d'intervention précoce
suivies d'éventuelles mesures de réadaptation, mais qu'il avait constaté qu'elles n'étaient
pas indiquées actuellement en raison de son état de santé non stabilisé. L'instruction du
dossier était en conséquence poursuivie dans le but de déterminer s'il remplissait les
conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité. ![endif]>![if> 4. Dans un rapport
adressé à l'OAI le 23 mars 2010, le Docteur A_____, médecin généraliste FMH, a
confirmé les diagnostics de lombalgie hyper aiguë invalidante l'obligeant à marcher avec
deux cannes anglaises depuis mars 2009, et d'hypoacousie sévère avec perte auditive
évaluée à 95%, toutefois sans effet sur la capacité de travail, depuis 2004. Il fixe à 100%
l'incapacité de travail de l'assuré en tant que manœuvre dans le bâtiment depuis le 1 er mars
2010. Il indique toutefois qu'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à
une date et à un taux indéterminés. ![endif]>![if> 5. L'assuré a à nouveau été
hospitalisé au service de rhumatologie des HUG du 1 er au 17 février 2010. Les diagnostics
de lombocruralgie droite chronique avec rétrécissement foraminaux bilatéraux L4-L5 sans
conflit radiculaire, de status post fracture du sacrum en juillet 2009, et d'ostéopénie
(densitométrie osseuse juillet 2009), ont été posés. Dans le rapport de sortie daté du 22
février 2010, les médecins considèrent qu'« une reprise d'activité professionnelle à un
pourcentage réduit et sans charge sur son rachis serait souhaitable comme partie intégrante
de la rééducation et de la réinsertion en milieu professionnel. Nous soulignons dans le
certificat médical, la nécessité de lui attribuer des tâches moins physiques que celles

habituellement pratiquées ».[endif]>[if> 6. Le 6 avril 2010, l'assuré a demandé la prise en charge d'un appareil acoustique.[endif]>[if> 7. Considérant que les lombalgies étaient disproportionnées au regard de l'atteinte radiologique de l'ENMG, du traitement et des rapports en sa possession, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a recommandé de réaliser un examen SMR rhumatologique.[endif]>[if> 8. Un examen a alors été réalisé le 2 juillet 2010 par le Dr B _____, rhumatologue. Celui-ci a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusions discales étagées, des troubles dégénératifs postérieurs étagés, de composante de canal lombaire étroit avec diminution du trou de conjugaison L4-L5D, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un status post contusion du sacrum. Il confirme que l'assuré est entièrement incapable de travailler dans son activité habituelle de maçon depuis le 10 mars 2009, mais indique que dans une activité adaptée, sa capacité est de 100% avec une reprise progressive depuis le 18 février 2010, « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Il a décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré, soit l'inaptitude aux mouvements répétés de flexion/extension, l'attitude en porte-à-faux, le port de charge au-delà de dix kilos (charges légères), position statique, debout au-delà de trente minutes, assis au-delà de une heure.[endif]>[if> L'expert a constaté que le descriptif de la vie quotidienne montre un assuré qui reste une grande partie de la semaine à domicile. Il n'y a cependant pas d'isolement social : l'assuré a la visite de ses voisins avec lesquels il partage des repas, et également d'un ami avec qui il sort le samedi. L'expert ajoute que le cas évolue vers une chronicisation avec clairement un comportement de type maladie déjà décrit lors des hospitalisations au service de rhumatologie. Le pronostic quant à l'évolution est mauvais au vu de la compréhension très partielle de l'assuré de sa symptomatologie, l'acculturation et du faible niveau social. 9. Dans un avis du 30 juillet 2010, le médecin du SMR relève dès lors que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré est de 100% dès le 18 février 2010, avec une reprise progressive, soit 50% dès le 18 février 2010, 75% dès le 19 mai 2010, et 100% dès le 2 juillet 2010.[endif]>[if> 10. Le 7 décembre 2010, l'employeur a informé l'OAI qu'il n'y avait pas de poste plus léger pour l'assuré respectant ses limitations fonctionnelles au sein de l'entreprise (note du).[endif]>[if> 11. Le 25 février 2011, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé de son patient était resté stationnaire et que le pronostic était « très réservé ».[endif]>[if> 12. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré le 15 mars 2011, avec effet au 30 juin 2011. [endif]>[if> 13. Le service de réadaptation professionnelle a proposé la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle (15 LAI) avec validation des cibles par un stage en entreprise (ESPACE) aux Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) du 25 juillet au 23 octobre 2011.[endif]>[if> 14. Le 6 juillet 2011, le Dr A _____ a annoncé que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis le printemps 2011 en raison de l'apparition d'un état dégressif lié, à son avis, à la succession d'échecs thérapeutiques, à la récusation chirurgicale et à l'impasse assécurologique : antalgiques, soutien, physiothérapie. Le médecin a observé « une position antalgique en cyphose lombaire. En position, il doit s'appuyer sur deux cannes, la nuque en hyperextension. Tout changement de position déclenche des paresthésies douloureuses dans la cuisse droite ». Il estime qu'aucune activité n'est imaginable, hormis en ateliers protégés, sans impératif de rendement. On ne peut selon lui envisager un retour au travail ultérieurement en raison de l'intensité et de la chronicité des douleurs. Il estime enfin qu'un examen médical complémentaire n'est pas nécessaire, « la situation me semble évidente. La

capacité de travail estimée lors de l'évaluation du service médical de l'AI de juillet 2010 ne correspond pas à la réalité de ce jour ».[endif]>![if> 15. L'assuré a effectué son stage de réadaptation professionnelle aux EPI à mi-temps dès le 4 août 2011, et l'a interrompu dès le 13 août 2011, muni d'arrêts de travail délivrés par le Dr A_____. ![endif]>![if> Il résulte du rapport établi le 20 octobre 2011 par le chef de secteur des EPI que « bien que démonstratif, l'assuré est ponctuel, respectueux des institutions, volontaire et travailleur. En raison des très fortes limitations démontrées lors de ce stage : taux d'activité inférieure à 100%, rendements moyens de l'ordre de 60%, positions de travail et de déplacement très particulières, nous émettons de sérieux doutes quant à l'employabilité de l'assuré dans le circuit économique normal ». Il a ainsi été mis fin à la mesure le 13 septembre 2011. 16. Mandaté par l'OAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport d'expertise le 5 septembre 2012.[endif]>![if> Selon l'expert, l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité professionnelle de maçon est définitive. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites en revanche, la capacité de travail est exigible depuis la sortie d'hospitalisation du service de rhumatologie du 18 février 2010, telle que déjà précisé par le Dr B_____ dans son expertise du mois de juillet 2010. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable vu l'intensité de la symptomatologie douloureuse et son retentissement sur son fonctionnement dans le cadre d'un syndrome douloureux chronifié. Une activité adaptée à ces limitations peut être exercée à 100%, sans diminution de rendement. Le Dr C_____ considère qu'il n'y a pas aggravation de l'état de santé depuis l'examen SMR du 2 juillet 2010, que les rendements de l'assuré ne peuvent pas être expliqués par une atteinte objective ostéoarticulaire et, s'agissant d'expliquer la discordance entre l'examen SMR du 2 juillet 2010 et le résultat des EPI et de l'arrêt de travail total attesté par le Dr A_____, il a indiqué que « la discordance est aussi manifeste lors de cette expertise, et ceci dans un contexte de syndrome douloureux chronifié marqué au status par de nombreux signes de surcharge fonctionnelle et des autolimitations, éléments subjectifs ne pouvant être intégrés à l'appréciation objective de l'incapacité de travail de l'assuré ». 17. Dans une note du 9 octobre 2012, le médecin du SMR a dès lors retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 10 mars 2009, et de 100% dans une activité adaptée dès le 18 février 2010.[endif]>![if> 18. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré en comparant, à titre de revenu avec invalidité, un montant de 46'321 fr., résultant des ESS 2010, TA1, pour un homme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive de niveau 4, compte tenu d'un taux d'abattement de 25%, d'une part, et à titre de revenu sans invalidité, celui de 71'038 fr., sur la base du rapport de l'employeur du 29 octobre 2009. Le degré d'invalidité obtenu est de 36%.[endif]>![if> 19. Par courrier du 13 mars 2013, le Dr D_____. spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré présentait actuellement un syndrome douloureux chronique extrêmement invalidant faisant suite à un accident de travail survenu en mars 2009, l'empêchant, à son avis, d'exercer une quelconque activité professionnelle.[endif]>![if> 20. Le 6 mai 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité était rejetée, au motif que son degré d'invalidité fixé à 36% était inférieur aux 40% requis par l'art. 28 al. 2 LAI. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas non plus envisageables au vu de la symptomatologie douloureuse.[endif]>![if> 21. Par décision du 17 juin 2013, l'OAI a confirmé son refus.[endif]>![if> 22. L'assuré, représenté par Me Eric BEAUMONT, a interjeté recours le 19 août 2013 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à une comparution personnelle des parties, à l'ouverture d'enquêtes et à une

expertise judiciaire pluridisciplinaire ou à tout le moins à une expertise psychiatrique qui serait confiée au Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.!

23. Invité à se déterminer, le SMR a considéré, dans une note du 3 octobre 2013, qu'il semblait nécessaire de mettre en place une expertise psychiatrique pour évaluer l'existence d'une comorbidité psychiatrique, ainsi que les critères d'invalidité de la jurisprudence.!

24. Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l'OAI, se référant expressément à l'avis du SMR, a proposé le renvoi du dossier pour reprise de l'instruction et nouvelle décision.!

25. Le 14 novembre 2013, l'assuré a pris note de ce que le SMR admettait l'utilité d'une expertise psychiatrique et confirme que « si la proposition de l'AI sur laquelle je dois me déterminer, est de vous inviter à ordonner préalablement à toute instruction une expertise judiciaire pluridisciplinaire, à tout le moins psychiatrique, je souscris pleinement à cette suggestion. Il me paraît en effet indispensable qu'un médecin, sans lien avec l'une ou l'autre des parties, apprécie sans délai et de manière approfondie l'état de santé de mon client ».!

26. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.!

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité entière. !

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).!

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.!

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

16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre

2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 , consid. 1.2).

9. Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).>[if> Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 , consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février

2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>[endif]>[if> 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 11. 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 (ATFA non publié 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 (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). Toutefois, 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 p. 20), 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 non publié 9C_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; 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; ATF I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64).

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004,

consid. 3.3). 13. 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, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).>[if> 14. En l'espèce, le SMR a recommandé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique. L'OAI a dès lors proposé le renvoi du dossier pour reprise de l'instruction.>[if> 15. La Chambre de céans considère que c'est à juste titre que le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Le dossier n'est en effet pas en état d'être jugé, en l'absence d'une telle expertise. Il y a lieu de rappeler à cet égard que le Dr C_____ a constaté la présence d'un syndrome douloureux chronique. Le Dr D_____ a également diagnostiqué un syndrome douloureux chronique. Il s'agit ainsi de déterminer si ce syndrome peut être retenu à titre de trouble somatoforme douloureux et s'il est invalidant au sens de la LAI. Or, une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352).>[if> 16. L'assuré, s'il approuve le principe d'un complément d'instruction sous forme d'expertise, s'oppose toutefois à ce que l'expert soit mandaté par l'OAI.>[if> Reste dès lors à déterminer si la Chambre de céans doit effectuer elle-même les mesures d'instruction complémentaires ou si elle peut renvoyer la cause à l'OAI. 17. En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b).>[if> Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le

renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 18. En l'espèce, l'OAI admet lui-même, dans sa réponse au recours, la nécessité de mettre en place une expertise. Il y a également lieu de constater que le syndrome douloureux chronique avait été évoqué avant que la décision litigieuse ne soit rendue. Il appartenait dès lors à l'OAI d'approfondir l'instruction sur le plan psychiatrique, ce qu'elle n'a pas fait, de sorte que le renvoi du dossier se justifie.!

19. Aussi le recours est-il partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise psychiatrique, et pour nouvelle décision.!

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

Au fond : 2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise psychiatrique, et pour nouvelle décision.!

3. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de 1'200 fr. à titre de dépens.!

4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. !

5. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le