

GE_GERICHTE A/2726/2010 vom 2. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2726_2010

FR: GE_GERICHTE A/2726/2010 du 2 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/2726/2010 del 2 novembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.11.2010
A/2726/2010

A/2726/2010 ATAS/1111/2010 du 02.11.2010 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2726/2010 ATAS/1111/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 2 novembre 2010 En la cause Monsieur O _____, domicilié à Genève, représenté par le Syndicat UNIA, soit pour lui Madame à P _____ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur O _____ (ci-après : l'assuré) est né au Portugal en 1952. Il est arrivé en Suisse le 17 mars 2002, où il a travaillé en qualité de nettoyeur de 2002 à 2004 puis en tant que monteur en échafaudages au sein de l'entreprise X _____ TUBULAIRES SA. Le 31 janvier 2005, l'assuré a été victime d'un accident professionnel : il a glissé sur une dalle et chuté, se blessant au bassin. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après: SUVA). Le 25 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LA RÉPUBLIQUE ET CANTONE DE GENÈVE (ci-après : OAI) en raison de lésions au dos et au bassin. Dans un rapport du 30 décembre 2005, le Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic d'état douloureux persistant lombosciatique droit, existant depuis février 2005. Son examen s'était avéré difficile, l'assuré étant contracté et soupirant. Une électroneuromyographie n'a pas permis de constater de lésion radiculaire. Dans le cadre de la procédure de communication, la SUVA a notamment transmis à l'OAI, en date du 26 janvier 2006, les documents suivants : Le rapport radiologique relatif au CT-scan lombaire pratiqué le 23 mai 2003, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une hernie discale médiane L4-L5, de protrusions discales L3-L4 et L5-S1, sans hernie, de lésions dégénératives vertébrales, modérées, en L3-L4 et L5-S1 et sacro-iliaques droites ainsi que d'une athérosclérose. Le rapport de l'IRM de la colonne lombaire pratiquée le 14 février 2005, dans lequel le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, a mentionné une hernie discale en L4-L5 trans-ligamentaire médiane et paramédiane droite. Un courrier que le Dr A _____ a adressé le 12 mai 2005 au Dr C _____, médecin généraliste FMH, dans lequel il relevait l'absence de signes lésionnels radiculaires au membre inférieur droit. Le compte-rendu de l'IRM de la colonne cervicale et dorsale, pratiquée le 10 novembre 2005, à teneur duquel les atteintes suivantes avaient été mises en évidence : spondylarthrose et uncarthrose bilatérale C6-C7, avec sténose spondylogène de moyenne importance du canal cervical et des trous de conjugaison ; arthropathie des facettes articulaires C7-D1, avec un certain degré de sténose osseuse modérée du canal cervico-dorsal à ce niveau et discrète protrusion médio-latérale droite du disque C7-D1 ; ostéochondroses et discopathies

étagées D5-D6, D6-D7, D7-D8, D8-D9, D9-D10, D10-D11, et D11-D12, plus prononcées au niveau D8-D9, D9-D10 et D10-D11, sans sténose osseuse du canal rachidien ; discrète protrusion médio-latérale droite des disques D8-D9, D9-D10, D11-D12, avec minime compression des limites antérolatérales du sac dural sans compression radiculaire ni médullaire. Aucune altération pathologique intra-durale, intra ou extra-médullaire au niveau cervico-dorsal et aucun signe de myélopathie cervico-dorsale n'ont été mis en évidence lors de ces examens. Dans un rapport du 20 janvier 2006, le Dr D_____, médecin FMH, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite, d'hernie discale L4-L5 trans-ligamentaire médiane et paramédiane droites, de paresthésie et parésie du membre inférieur droit d'origine indéterminée. Pour ce praticien, ni l'activité habituelle ni une activité adaptée n'étaient exigibles de l'assuré. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter la position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'alternance des positions assise / debout / marche, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, les parcours à pieds, le port de charge, se baisser, des mouvements tant occasionnels que répétitifs des membres ou du dos, un horaire de travail irrégulier, un travail en hauteur ou encore des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le 22 novembre 2006, le Dr D_____ a informé l'OAI que l'état de l'assuré était resté stationnaire. Il se plaignait encore de troubles sensitifs de l'hémicorps droit d'origine indéterminée, peut-être ischémique. Il ne pouvait plus retravailler sur un chantier en raison des faiblesses apparues au membre supérieur droit et du côté droit en général. En annexe à son rapport figurait un courrier du Département de neurosciences cliniques et de dermatologie, service de neurologie, des HUG, du 15 mars 2006, dans lequel les diagnostics de symptomatologie d'origine indéterminée et de troubles sensitifs de l'hémicorps droit d'origine indéterminée avaient été posés. L'assuré s'est soumis à un examen rhumatologique pratiqué le 30 juillet 2007 par la Dresse E_____, spécialiste en médecine physique, du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : SMR). Selon le rapport y relatif, daté du 5 octobre 2007, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite non compressive et dysbalances musculaires (M51.2) ont été posés. S'y ajoutent encore les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hémisynndrome dysesthésique droit, de céphalées chroniques droites, d'obésité (BMI 30) et de majoration des symptômes. L'examen ostéoarticulaire a été rendu difficile en raison de la faible collaboration de l'assuré, mais un léger trouble de la statique rachidienne avec une relative bonne mobilité au niveau lombaire, asymétrique en faveur de la droite, a été relevée par l'examinatrice. Cette dernière a mentionné, à titre de limitations, la position statique prolongée debout, ainsi qu'en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charges occasionnel limité à 10kg, le travail à la chaîne ou sur une machine vibrante. La position de travail assise avec la possibilité libre de se lever un petit moment était préconisée. Pour l'examinatrice, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations précitées, avec toutefois une diminution de rendement de 10%. Le 23 octobre 2007, le Dr F_____, généraliste FMH, médecin au sein du SMR, a retenu une capacité de gain de 90%, compte tenu de la diminution de rendement de 10%. Il a suggéré à l'OAI d'examiner si des mesures d'ordre professionnel pouvaient être mises en place. Le 6 novembre 2007, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus et a retenu un taux d'invalidité de 21,1%. Le 19 septembre 2008, l'assuré a été reçu par l'OAI, l'entretien

devant permettre de déterminer si des mesures d'ordre professionnel étaient envisageables. A cette occasion, l'office a été informé de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, avec l'apparition de douleurs à la hanche gauche. Dans un rapport intermédiaire du 27 septembre 2008, le Dr D _____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le mois de juillet 2008 avec l'apparition d'une coxalgie gauche sur une probable tendinopathie, le reste du status étant inchangé. Le rapport précité a été transmis au SMR qui s'est prononcé le 16 octobre 2008 sous la plume du Dr F _____. Celui-ci a considéré que l'atteinte à la hanche gauche n'empêchait pas l'assuré de travailler en position assise avec possibilité de changer de position, Il a également précisé que la tendinopathie était une infection limitée dans le temps qui pouvait s'améliorer avec un traitement adapté. Le SMR a donc maintenu les limitations fonctionnelles d'ores et déjà posées, en y ajoutant toutefois que l'assuré ne pouvait marcher de manière prolongée ni franchir d'obstacles à répétition ou encore faire des efforts avec la hanche gauche. Afin de déterminer les activités professionnelles adaptées, le recourant a participé à un stage aux Établissements publics pour l'intégration (EPI). Ce stage s'est déroulé en deux temps. Du 5 janvier au 20 février 2009, le recourant a participé à un bilan d'évaluation (intramuros) avant le stage en entreprise. Sur les 35 jours qu'a duré ce bilan, il a été absent 10 jours pour raisons médicales. Dans l'atelier, il a fait preuve de bonne volonté. Il s'est toutefois plaint de violents maux de tête, de douleurs dans tout le côté droit, de fourmillements et d'insensibilité dans le membre inférieur droit, de mal de dos, de douleurs à la nuque et de douleurs dans la hanche gauche. Les responsables ont par ailleurs observé, par moment, un tremblement significatif de tout le corps ainsi qu'un tremblement important des mains ayant entraîné l'arrêt de certains travaux. Les points forts étaient la bonne volonté de l'assuré, son envie de bien faire et l'existence d'une capacité d'apprentissage pour les travaux simples. Les positions dynamiques étaient supportées. A titre de points faibles, les responsables ont indiqué que les positions statiques et penchées étaient à proscrire, les capacités manuelles en termes de coordination, de maîtrise et de précision étaient limitées en raison du tremblement des deux mains, du manque de dextérité et de sensibilité tactile. Des travaux fins et minutieux ne pouvaient être exigés. Par contre, des travaux de type sériel, à temps partiel, sur des pièces de volume moyen, étaient envisageables. Le niveau de connaissances ainsi que les capacités de réflexion et de compréhension étaient faibles. Le rythme de travail était lent. Les rendements se situaient entre 40 et 60% et n'étaient que partiellement exploitables. Du 2 au 13 mars 2009, le recourant devait participer à un stage auprès de l'entreprise Y _____ SA en qualité d'ouvrier à l'établi. Il ne s'est présenté qu'un jour, le 9 mars 2009. Il lui a été proposé de travailler en position assise à charger une petite meuleuse de ressorts. Après une heure de travail, l'assuré a interrompu son stage, ne supportant plus le bruit et souffrant d'atroces migraines et de tremblements dans tout le corps, tels qu'il n'était plus en mesure de prendre un ressort et de le mettre dans la meuleuse. Le 9 mars 2009, l'assuré s'est présenté dans les locaux des EPI et les responsables ont pu constater qu'il lui était difficile de s'exprimer et qu'il tremblait de tous ses membres. En guise de conclusion, le conseiller en insertion a indiqué que « la confrontation en atelier et en entreprise a mis en évidence les difficultés que [l'assuré] rencontre actuellement dans la pratique d'une [activité] professionnelle. Force est de constater que la santé de l'assuré s'est dégradée sur le plan physique (migraines atroces, douleurs dans tout le corps et des tremblements généralisés). En fin de mesure, nous constatons une divergence importante entre l'exigibilité fixée par le SMR (90% sur un plein-temps), l'objectif du mandat, l'observation de l'état de l'assuré dans nos locaux et en

stage en entreprise ». Le 4 août 2009, la Dresse E _____, ainsi que les Drs G _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et H _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecins au sein du SMR, ont procédé à un nouvel examen de l'assuré. A titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les examinateurs ont retenu un syndrome lombaire non déficitaire dans le contexte d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite, un hémisyndrome sensitif droit diffus et des dysbalances musculaires, des gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III. S'y ajoutaient les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail : douleurs et fourmillements de l'hémicorps droit sans substrat organique, céphalées chroniques, majoration des plaintes. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychiatrique. Les examinateurs ont également précisé que l'assuré tremblait parfois pendant l'examen mais d'une façon très variable et inconsistante. Sur le plan psychiatrique, le Dr G _____ a également examiné les critères de sévérité de la jurisprudence en cas de tableau algique (comorbidité psychiatrique, existence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé et échec du traitement). Aucun des critères n'étant réalisé, le tableau algique présenté par l'assuré ne pouvait être qualifié d'incapacitant. S'agissant des limitations fonctionnelles, les examinateurs ont retenu que l'assuré devait éviter les positions statiques prolongées debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupies ou agenouillées ainsi que des genuflexions à répétition à droite, les montées/descentes d'escaliers, d'échafaudages et de pentes. Le port de charge était limité à 10kg occasionnellement. L'assuré ne pouvait pas non plus travailler à la chaîne ni sur des machines vibrantes. Le travail devait se faire de préférence en position assise avec la possibilité de changer de position deux fois par heure. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, répondant aux limitations précitées, une capacité de travail de 90% était exigible. Le 6 novembre 2009, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a retenu une invalidité de 26%. Les 10 février et 19 mars 2010, il a à nouveau effectué ce calcul et a arrêté le taux d'invalidité à 28%. Le 23 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, rejetant la demande de prestation en raison d'un taux d'invalidité insuffisant. Par courrier du 29 avril 2010, l'assuré s'est opposé au projet précité, sous la plume de Mme P _____, juriste au sein d'UNIA. Il a notamment considéré que les rapports du SMR ne pouvaient être pris en compte pour déterminer sa capacité résiduelle, leurs conclusions ayant été mises en doute tant par le Dr D _____ que par le rapport d'observation professionnelle. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'Office devait appliquer un abattement de 25% en raison de son âge (58 ans), de sa nationalité, de sa formation scolaire et des limitations fonctionnelles retenues. Le 29 juin 2010, l'OAI a confirmé le projet du 23 mars 2010 et nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré a interjeté recours en date du 10 août 2010. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 31 janvier 2005 et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de ces conclusions, il a notamment invoqué les mêmes arguments que ceux soulevés dans son opposition du 29 avril 2010. Y était notamment annexé un courrier du Dr D _____ daté du 15 juillet 2010, récapitulant les atteintes à la santé du recourant à savoir les violents maux de tête, les douleurs généralisées dans tout l'hémicorps droit, la paresthésie et les troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur droits, les douleurs à la nuque dues aux discopathies étagées, les douleurs à la hanche droite, les

tremblements intermittents généralisés et les pertes de mémoire importantes. Par courrier du 8 septembre 2010, l'intimé a pris position sur le recours précité. Il s'est essentiellement prononcé sur l'abattement de 25% tel que préconisé par le recourant et a précisé, après avoir cité la jurisprudence applicable, que l'abattement retenu de 15% prenait déjà en compte l'âge du recourant, son taux d'occupation et le fait que seule une activité légère était possible de sorte que l'ensemble des facteurs énumérés par le Tribunal fédéral (âge, nationalité, type de permis de séjour, barrières linguistiques ou capacité de travail partielle) ne pouvait être pris en considération. Il concluait ainsi à la confirmation de la décision attaquée. En annexe à ce courrier figurait un avis du SMR daté du 6 septembre 2010 dont il ressort notamment que : Les examinateurs du SMR avaient observé les tremblements, qui avaient au demeurant été investigués par les spécialistes du service de neurologie des HUG, qui s'étaient montrés perplexes devant ce tableau clinique qui ne s'expliquerait théoriquement que par la présence de plusieurs atteintes dont aucune n'a jamais pu être objectivée, raison pour laquelle le diagnostic de « symptomatologie d'origine indéterminée » a été posé. Quant au courrier du Dr I_____ du 15 juillet 2007, il n'apportait aucun élément nouveau, les pertes de mémoires importantes n'ayant pas été objectivées pendant l'examen. La position de l'intimé a été transmise au recourant et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de prestations est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités). Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente au recourant. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de

la valeur probante des 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) 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 469 consid. 4a, 122 III 223 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante des rapports du SMR. En l'espèce, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité en se fondant principalement sur le rapport rhumatologique du 5 octobre 2007 ainsi que sur le rapport rhumatologique et psychiatrique du 24 septembre 2009. Ces examens ne sont toutefois pas suffisamment crédibles pour que le Tribunal de céans puisse suivre leurs conclusions sans avoir de doutes sur la solution adoptée. En effet, s'ils répondent à certains réquisits jurisprudentiels (anamnèse, étude du dossier médical, plaintes exprimées par l'assuré), lesdits rapports comportent des incohérences et ne semblent pas être fondés sur des investigations complètes. Il ressort de l'anamnèse ostéoarticulaire du rapport du 5 octobre 2007 que le recourant s'est plaint de douleurs dorsolombaires prenant aussi le sacrum, de céphalées droites, de fourmillements et d'une faiblesse du bras et de la jambe droits. Compte tenu des plaintes du recourant, il est pour le moins étonnant que le SMR n'ait pas mentionné, à titre de diagnostics, les nombreuses atteintes du rachis au niveau des dorsales et des cervicales mises en évidence lors de l'IRM de la colonne cervicale et dorsale, pratiquée le 10 novembre 2005, à savoir : spondylarthrose et uncarthrose bilatérale C6-C7, avec sténose spondylogène de moyenne importance du canal cervical et des trous de conjugaison ; arthropathie des facettes articulaires C7-D1, avec un certain degré de sténose osseuse modérée du canal cervico-dorsal à ce niveau et discrète protrusion médio-latérale droite du disque C7-D1 ; ostéochondroses et discopathies étagées D5-D6, D6-D7, D7-D8, D8-D9, D9-D10, D10-D11, et D11-D12, plus prononcées au niveau D8-D9, D9-D10 et D10-D11, sans sténose osseuse du canal rachidien ; discrète protrusion médio-latérale droite des disques D8-D9, D9-D10, D11-D12, avec minime compression des limites antérolatérales du sac dural sans compression radiculaire ni médullaire. Par ailleurs, il appartenait au SMR d'effectuer des examens complémentaires dès lors que la dernière IRM

datait de 2005, soit près de deux ans auparavant. C'est le lieu de rappeler que les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4, in Bulletin des médecins suisses 88/2007 p. 736 et ss). En outre, si le SMR arrivait à la conclusion que les nombreuses atteintes relevées le 5 octobre 2005 n'entraînaient pas de conséquences sur la capacité de travail du recourant, il aurait tout de même dû les mentionner à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail au même titre que l'obésité par exemple. Ces mêmes remarques s'appliquent au rapport du 24 septembre 2009. Dans le rapport du 5 octobre 2007, le SMR a posé les diagnostics suivants : syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite non compressive et dysbalances musculaires (M51.2) (avec répercussion sur la capacité de travail) et hémisindrome dysesthésique droit, céphalées chroniques droites, obésité (BMI 30) et majoration des symptômes (sans répercussion sur la capacité de travail). Le 24 septembre 2009, le SMR a retenu ce qui suit à titre de diagnostics: syndrome lombaire non déficitaire dans le contexte d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite, hémisindrome sensitif droit diffus, dysbalances musculaires, gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que douleurs et fourmillements de l'hémicorps droit sans substrat organique, céphalées chroniques, majoration des plaintes (sans répercussion sur la capacité de travail). Le Tribunal de céans constate donc que la liste des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail s'est allongée et qu'elle comprend désormais un hémisindrome sensitif droit diffus ainsi que des gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III. Toutefois, alors même que d'autres diagnostics sont venus s'ajouter à la liste du 5 octobre 2007, le SMR a retenu la même capacité de travail que celle qui avait été estimée en 2007 sans en expliquer les raisons. Enfin, le rapport d'examen du 24 septembre 2009 ne tient pas compte des limitations supplémentaires fixées par le Dr F_____ le 16 octobre 2008, sans qu'aucune explication à ce propos n'ait été fournie. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que les rapports du SMR n'ont pas une valeur probante suffisante pour qu'il puisse se fier à leurs conclusions. En outre, de l'avis du Tribunal de céans, les investigations médicales effectuées par le SMR ne sont pas complètes. En effet, elles auraient dû inclure l'aspect neurologique, voire neuropsychologique, dès lors qu'il ressort du rapport des EPI ainsi que des constatations du SMR que le recourant présentait des tremblements de tout le corps et plus particulièrement des mains, par moment tellement forts qu'il avait dû arrêter son stage en entreprise, et qu'il souffrait d'« atroces maux de tête », d'ailleurs retenus à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail tant dans le rapport du 5 octobre 2007 que dans celui du 24 septembre 2009. Or, ces aspects n'ont pas été investigués à satisfaction de droit. Il est par ailleurs pour le moins surprenant que les tremblements dont souffre le recourant n'aient pas entraîné de limitations supplémentaires. Le Tribunal de céans considère par conséquent que l'intimé ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause, les rapports réalisés par le SMR étant dépourvus de valeur probante, l'aspect neurologique et neuropsychologique des plaintes du recourant n'ayant pas été investigué. L'intimé a donc rendu sa décision alors que l'état de faits était incomplet. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions

lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. En effet, les constatations psychiatriques faisant partie intégrante de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumise le recourant, on ne saurait juger de leur valeur probante en le prenant isolément de sorte que l'expertise que l'intimé ordonnera devra également comporter le volet psychiatrique. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit aux mesures de réadaptation et à la rente. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours du 10 août 2010. Au fond : L'admet partiellement et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé au versement d'un montant de 1'000 fr. au recourant à titre de dépens. 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-WANGELER La secrétaire-juriste : Nicole WENGER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le